

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

A Promoção do Conforto *com* a Pessoa em Situação Crítica submetida a Ventilação Não Invasiva - Intervenção Especializada do Enfermeiro

Joana Jacinto Tomás

Lisboa

2017



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

A Promoção do Conforto *com* a Pessoa em Situação Crítica submetida a Ventilação Não Invasiva - Intervenção Especializada do Enfermeiro


Joana Jacinto Tomás

Orientador: Professor Ezequiel Pessoa

Lisboa

2017

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Decorative green wavy lines in the bottom right corner of the page, consisting of several overlapping, curved shapes in different shades of green.

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas
Que já têm a forma do nosso corpo e esquecer os nossos caminhos
Que nos levam sempre aos mesmos lugares...
É o tempo da travessia e, se não ousarmos fazê-lo,
Teremos ficado para sempre à margem de nós mesmos.”

Fernando Pessoa

Dedico este trabalho a
todas as pessoas de quem cuido e
às pessoas significativas da minha vida.

AGRADECIMENTOS

O desenvolvimento deste trabalho foi desencadeado pela motivação para saber fazer mais e melhor. Foi sair da zona de conforto e arriscar! O caminho faz-se caminhando com a riqueza das pessoas com quem caminhamos!

À mãe, ao pai e ao irmão pelo amor, apoio, resiliência, persistência e ajuda incondicional (desculpem tantas ausências).

Ao António pelo amor e por ser o meu companheiro.

Ao orientador professor Ezequiel Pessoa pela orientação, confiança e exigência ao longo do percurso.

Aos meus colegas deste curso de mestrado pelas partilhas e amizade.

À enfermeira Luz Correia pelos contributos e oportunidades neste percurso.

À enfermeira Isabel Barata, ao enfermeiro José Silva e à enfermeira Milene Plácido pelo profissionalismo, dedicação e disponibilidade com que me acolheram nos seus serviços e por promoverem o desenvolvimento das minhas competências.

A todos os enfermeiros e profissionais com quem trabalhei e trabalho, à equipa do Serviço de Urgência Polivalente do Hospital de S. José, em especial ao enfermeiro Artur Beja, à enfermeira Inês Elvas e ao enfermeiro Carlos Jacinto, pela amizade e constante incentivo para a melhoria na prestação de cuidados de enfermagem.

À professora Anabela Mendes pela paixão, profissionalismo e empatia nas relações, que tem sido um exemplo para mim, desde o curso de licenciatura em enfermagem.

À professora Cândida Durão pelo trabalho no acompanhamento dos estudantes, por despertar o olhar crítico sobre os cuidados de enfermagem às pessoas, que me tem acompanhado desde o início do curso de licenciatura em enfermagem.

A todas as pessoas que de alguma forma me ajudaram, incentivaram e apoiaram.

A todos o meu agradecimento do coração.

RESUMO

Este trabalho expõe o culminar do percurso realizado no contexto do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de especialização à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Por meio dele descrevo a finalidade, os objetivos e as atividades realizadas que possibilitaram atingir os objetivos e o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e de competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica resultantes da prática em estágio em cuidados críticos e da análise reflexiva. Este percurso teve por base o Modelo de Aquisição e Desenvolvimento de Competências de Dreyfus adaptado à enfermagem por Benner (2001) fundamentado na experiência clínica e na reflexão sobre a mesma para a estruturação de perícia.

Como tal, a promoção do conforto *com* a pessoa em situação crítica submetida a ventilação não invasiva (VNI) foi a problemática selecionada e definido o objetivo geral "desenvolver competências especializadas, centradas na promoção do conforto *com* a PSC submetida a VNI". A VNI é uma forma de suporte ventilatório por pressão positiva sem dispositivos invasivos cada vez mais usada em situações urgentes de insuficiência respiratória. Em Portugal, as doenças respiratórias atingem 40% da população e são uma das principais causas de morbilidade e mortalidade (Direção-Geral de Saúde, 2012). O conforto é amplamente descrito em enfermagem e a promoção do conforto é uma competência do enfermeiro (Benner, 2001). Nesse sentido, o trabalho é sustentado pela Teoria do Conforto de Kolcaba. O conforto é entendido como um estado de ser fortalecido numa perspetiva multidimensional de forma imediata (Kolcaba, 2003). Vários autores descrevem o conforto como um fator que interfere no sucesso da VNI afetado sobretudo pela sincronia com o ventilador, a interface, as fugas, as pressões elevadas, o posicionamento, a secura das mucosas e a comunicação.

A pessoa com VNI requer cuidados especializados para o tratamento, redução de complicações e sucesso desta técnica e estes cuidados são prestados pelo enfermeiro numa perspetiva holística.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Ventilação Não Invasiva; Conforto da Pessoa; Cuidados Críticos.

ABSTRACT

This dissertation describes the work developed while performing the Master Degree in Nursing from Lisbon School of Nursing, specialization in 'Person in critical situation' and its results. It describes the purpose, objectives and activities that allowed the development of common skills of the specialist nurse and specific skills of the nurse specialist in nursing the person in critical situations resulting from the practice in critical care and reflexive analysis. The foundation for the work done was the Dreyfus's Model for Acquisition and Development of Skills adapted to nursing by Benner (2001) based on clinical experience and reflection on it in order to structure the expertise.

As such, the chosen subject was the promotion of comfort while the person is in critical condition under non-invasive ventilation (NIV) and defined the general objective - "to development specialized competences, centered on the promotion of comfort *with* PSC submitted to NIV". NIV is a form of positive pressure ventilatory support without invasive devices. This is increasingly used in urgent situations of respiratory failure. In Portugal, respiratory diseases reach around 40% of the population and are a major cause of morbidity and mortality (*World Health Organization*, 2012). Moreover, comfort is widely described in nursing and the promotion of comfort is a competence of the nurses (Benner, 2001). Therefore, this work is supported by the Kolcaba Comfort Theory. Comfort is understood as state to be immediately strengthened in a multidimensional perspective (Kolcaba, 2003). Several authors describe comfort as a factor that interferes with the success of NIV mainly affected by ventilator synchrony, interface, leakage, elevated pressures, positioning, mucosal dryness and communication.

The person with NIV requires specialized care for the treatment, reduction of complications and success of this technique. Specific care as described is provided by the nurse in a holistic perspective.

Keywords: Nursing Care; Noninvasive ventilation; Patient Comfort; Critical Care.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BIPAP - *Bi-level Pressure Support*

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CPAP - *Continuous Positive Airway Pressure*

DGS - Direção-Geral da Saúde

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EAP - Edema Agudo do Pulmão

EOT - Entubação Orotraqueal

EPAP - *Expiratory Positive Airway Pressure*

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICD - Insuficiência Cardíaca Descompensada

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

IPAP - *Inspiratory Positive Airway Pressure*

IRA - Insuficiência Respiratória Aguda

HTA - Hipertensão Arterial

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PCR - Paragem Cardiorrespiratória

PEEP - Positive End Expiratory Pressure

PH - Pré-Hospitalar

PSC - Pessoa em Situação Crítica

SAV - Suporte Avançado de Vida

SBV - Suporte Básico de Vida

SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica

SO - Serviço de Observação

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

VNI - Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL / TEÓRICO.....	23
1.1 O Cuidar em Enfermagem segundo a Teoria do Conforto de Kolcaba	24
1.2 A Pessoa em Situação Crítica com Alteração do Padrão Respiratório	29
1.3 A Pessoa em Situação Crítica com Ventilação Não Invasiva	32
1.4 Os Cuidados de Enfermagem Promotores de Conforto à PSC com VNI	37
2. ANÁLISE DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	45
2.1 Cuidar da Pessoa em Situação Crítica na UCI	48
2.2 Cuidar da Pessoa em Situação Crítica na UCI Polivalente	55
2.3 Cuidar da Pessoa em Situação Crítica no Serviço de Urgência Polivalente	60
2.4 Cuidar da Pessoa em Situação Crítica no Pré-Hospitalar.....	66
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79

APÊNDICES

APÊNDICE I - OS OBJETIVOS E ATIVIDADES DO ESTÁGIO NA UCI

APÊNDICE II - OS OBJETIVOS E ATIVIDADES DO ESTÁGIO NA UCI
POLIVALENTE

APÊNDICE III - OS OBJETIVOS E ATIVIDADES DO ESTÁGIO NO SUP

APÊNDICE IV - OS OBJETIVOS E ATIVIDADES DO ESTÁGIO PH NA VMER

APÊNDICE V - O PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO PARA A UCI
POLIVALENTE

APÊNDICE VI - O PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO PARA O SUP

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Os Cuidados de Enfermagem com a PSC submetida a VNI	38
Figura 2 - Os Cuidados de Enfermagem Promotores de Conforto <i>com</i> a PSC submetida a VNI	44

INTRODUÇÃO

O investimento na formação é uma ferramenta e um contributo para a reflexão sobre a prática, que pode influenciar a produção de conhecimento, e o aumento da qualidade dos cuidados e consequentes ganhos em saúde para a pessoa alvo dos cuidados de enfermagem. A multiplicidade e exigência das situações de cuidados são estímulos que desafiam o enfermeiro no estudo e treino para a sua compreensão e melhoria de desempenho. A frequência do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC) na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) foi motivada pela vontade de investimento na melhoria dos cuidados e no percurso académico. A motivação profissional assenta, também, na deontologia profissional pela responsabilidade do enfermeiro na procura da excelência do exercício e o dever de atualização contínua dos seus conhecimentos, utilização competente das tecnologias e formação permanente e aprofundada nas ciências humanas (Diário da República, 2009) e destaco a competência do enfermeiro na contribuição para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

A Direção-Geral do Ensino Superior (n.d.) identifica nos Descritores de Dublin as competências, os conhecimentos, as atitudes e os valores a atingir para o 2º Ciclo de estudos que estão implícitos no objetivo do CMEPSC: formar peritos, na área de especialização em enfermagem à PSC, capazes de participar na produção de conhecimento novo, desenvolver uma prática baseada na evidência, promover o aumento da qualidade dos cuidados de saúde, cultivar a liderança nos diferentes contextos da prática de cuidados e influenciar a mudança na área da saúde e dos cuidados de enfermagem (ESEL, 2010). A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010) define enfermeiro especialista como o profissional com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, no que concerne às respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que evidencia níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. Este trabalho é o resultado de um percurso para dar resposta ao objetivo do CMEPSC, formar mestres

em enfermagem e na demonstração de perícia numa área de enfermagem. A OE reconhece ao profissional que demonstrar determinadas competências especializadas em enfermagem numa área específica o título profissional de especialista. Por isso, proponho-me também a desenvolver as competências especializadas na área de PSC descritas pela OE (OE, 2010b).

O presente trabalho demonstra o percurso de desenvolvimento de competências sendo o culminar do CMEPSC na unidade curricular de Estágio com Relatório com o tema "A Promoção do Conforto *com* a Pessoa em Situação Crítica Submetida a VNI - Intervenção Especializada do Enfermeiro". Foi construído como objetivo geral desenvolver competências especializadas, centradas na promoção do conforto *com* a PSC submetida a VNI. O Modelo de Aquisição e Desenvolvimento de Competências de Dreyfus adaptado por Benner (2001) para a prática de enfermagem servirá para estruturar e analisar a evolução no sentido de alcançar o estado de perito em enfermagem, assente na valorização da experiência, na análise crítica e no domínio das capacidades na transformação gradual da competência.

Este tema emergiu com base em fatores profissionais da prática no Serviço de Urgência Polivalente (SUP), local onde exerço a minha atividade profissional. A VNI é um tratamento que consiste num suporte ventilatório por pressão positiva sem uso de dispositivos invasivos. Como tal, evita complicações inerentes à ventilação mecânica invasiva (VMI), como a necessidade de sedação com riscos de instabilidade hemodinâmica e o risco elevado de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS). O uso de VNI tem aumentado nos SU no tratamento de doentes em Edema Agudo do Pulmão (EAP) e exacerbação de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). Está comprovado que o uso de VNI diminui o risco de entubação orotraqueal (EOT) e de morte (Demoule et al., 2016). O doente com VNI exige cuidados específicos e complexos, dos quais os cuidados de enfermagem são essenciais para a execução com sucesso desta técnica (Pinto, 2013). Segundo Benner (2001) confortar deve ser uma competência demonstrada pelo enfermeiro. Ao longo da revisão da literatura foi evidente a importância do conforto nos cuidados de enfermagem e clara e essencial a relação entre a VNI e o conforto. Diversos autores indicam o conforto como um fator que interfere no êxito da VNI sobretudo

pela sincronia com o ventilador, a interface, as fugas, as pressões elevadas, o posicionamento, a comunicação e a secura das mucosas. Assim, a VNI e o conforto destacam-se como conceitos centrais. Foi escolhida a Teoria do Conforto de Kolcaba (2003) como matriz conceptual do pensamento em enfermagem. O conceito holístico de conforto é definido como "o estado imediato de ser fortalecido por ter as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitas em quatro contextos - físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental" (Kolcaba, 2003, p. 14). À luz da conceção de enfermagem e do desenvolvimento sócio-moral, elaborou-se este trabalho com contributos do Paradigma da Transformação, que perspetiva os fenómenos como únicos, mas em integração com tudo o que os envolve (Lopes & Lourenço, 1998). As implicações deste paradigma são visíveis no título pelo uso da preposição *com* entendido na perspetiva de que os cuidados são prestados em parceria sendo a pessoa parte ativa do processo.

A metodologia do trabalho iniciou-se com a escolha do tema, a revisão da literatura, construção do quadro de referência e baseou-se numa lógica de trabalho contínuo em contexto de estágio promotor do desenvolvimento de competências por meio da análise reflexiva. Os estágio em contexto de UCI com predomínio de problemas respiratórios, Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) Polivalente, Serviço de Urgência Polivalente (SUP) e Pré-Hospitalar (PH) potenciaram a promoção de competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria da qualidade, da gestão de cuidados e das aprendizagens profissionais (Diário da República, 2011a) e das competências especializadas em PSC - "cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, da conceção à ação e maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas" (Diário da República, 2011b, p. 8656).

Este relatório é constituído por três capítulos - o enquadramento teórico, a análise do percurso de desenvolvimento de competências e as considerações finais, que abordam, respetivamente, os temas centrais da Teoria do Conforto de Kolcaba,

o conforto, a PSC com VNI e os cuidados de conforto *com* a PSC submetida a VNI; a análise do percurso de desenvolvimento de competências nos estágios à luz da Teoria de Benner (2001) e, por último, a síntese e a análise face ao trabalho produzido explicitando os objetivos alcançados, as dificuldades, as limitações, as implicações e os desafios. Este trabalho é elaborado segundo o novo acordo ortográfico e as normas de produção de trabalhos da ESEL - *American Psychological Association*.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL / TEÓRICO

Neste capítulo serão apresentados os temas centrais que suportam a problemática em estudo. Estes serão descritos de forma sumária e compreendem a Teoria do Conforto de Kolcaba (2003), a PSC com alteração do padrão respiratório, a PSC com VNI e os cuidados de conforto *com* a PSC com VNI.

Como metodologia de trabalho segui as etapas iniciais de um processo de investigação. De acordo com as etapas da fase conceptual após a escolha do tema, é feita a revisão da literatura, a elaboração de um quadro de referência, a formulação do problema de investigação e, por último, o enunciado do objetivo e das questões (Fortin, 2009). A revisão da literatura é fundamental para compreender o estado atual dos conhecimentos sobre o assunto e, os quais irão integrar o quadro de referência (Fortin, 2009).

Para a realização da revisão da literatura foram adotadas algumas orientações do *Joanna Briggs Institute for Evidence Based Practice* (Joanna Briggs Institute, 2014) e formulada a questão de pesquisa, com base em conceitos estruturantes, segundo o formato PICO: “Quais os cuidados de enfermagem promotores de conforto (I) à PSC (P) com VNI (C)?”. Foi realizada uma pesquisa na plataforma *EBSCO*, nas bases de dados *CINAHL* e *MEDLINE*, usando os seguintes termos de indexação: *noninvasive ventilation, continuous positive airway pressure, nursing care, patient comfort, critical care*. A pesquisa incluiu também os termos de *positive pressure ventilation, comfort care, emergency care*, bem como *non-invasive positive pressure ventilation, comfort, nurses*. A escolha alargada destes conceitos teve como objetivo abarcar um maior leque de documentos devido a diferentes designações e descrições dos conceitos, sobretudo de VNI e de conforto. Recorri a documentos publicados por autores e instituições de referência para a área em estudo como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Direção-Geral da Saúde (DGS). Foram excluídos trabalhos de carácter pediátrico.

1.1 O Cuidar em Enfermagem e a Teoria do Conforto de Kolcaba

Para a OE (2012), o exercício profissional da Enfermagem centra-se na relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa, grupo ou família, com base na parceria. Por outro lado, a tomada de decisão do enfermeiro envolve uma abordagem sistémica e sistemática - identifica problemas e necessidades de cuidados de Enfermagem, planeia intervenções que são prescritas de forma a evitar riscos, deteta precocemente potenciais problemas e resolve ou minimiza problemas reais (OE, 2012). Com estas frases pretendo dar ênfase aos conceitos de relação terapêutica e de tomada de decisão de forma sistémica e sistemática na prática de enfermagem, porque irão revelar-se pontos primordiais nas intervenções de enfermagem especializadas na promoção do conforto *com* a PSC submetida a VNI.

Katharine Kolcaba (2003) define Enfermagem como o processo de avaliação intencional das necessidades de conforto da pessoa, o desenvolvimento e a implementação das medidas de conforto para atender às mesmas, integrando a reavaliação do processo após as intervenções implementadas, comparando com a linha de base anterior. A Enfermagem é encarada como uma resposta humana de ajuda e conforto à prática de cuidados, que relaciona as experiências de vida entre a enfermeira e a pessoa que recebe os cuidados (Kolcaba, 2003). Segundo a Teoria do Conforto de Kolcaba, o conceito holístico de conforto é definido como "o estado imediato de ser fortalecido por ter as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitas em quatro contextos: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental" (Kolcaba, 2003, p. 14). Explicitando particularmente cada estado, o alívio corresponde à satisfação de uma necessidade específica que conduz ao restabelecimento do padrão habitual da pessoa. A tranquilidade refere-se à calma e à satisfação necessária ao pleno desempenho de uma atividade. A transcendência, ou renovação, é um estado que está acima de um problema ou da dor, em que a pessoa sente que tem potencial para controlar o seu destino e resolver os seus problemas. Sobre os contextos definidos pela autora, o contexto físico corresponde às sensações corporais. O contexto sociocultural refere-se às relações interpessoais, familiares e sociais. O contexto psicoespiritual diz respeito à consciência de si, incluindo a autoestima e o autoconceito, a sexualidade e o sentido

de vida, podendo também envolver uma relação com uma ordem ou ser superior. O contexto ambiental enquadra aspetos como a luz, o barulho, o equipamento, o mobiliário, a cor, a temperatura e elementos naturais ou artificiais do meio (Kolcaba, 2003; Kolcaba & Kolcaba, 1991). O resultado de conforto é um estado global que capta muitos dos aspetos simultâneos e interrelacionados da experiência humana positiva. Em inúmeros cenários de investigação clínica, um maior conforto é um resultado desejável e significativo (Kolcaba, 2003).

Kolcaba reconhece que a arte de enfermagem pode ser encarada, no sentido estético, pelo uso feito pelos enfermeiros, com criatividade, dos princípios científicos e humanísticos dos cuidados, nos contextos específicos do cuidar. Uma forma de arte de enfermagem são os cuidados de conforto que exigem um processo de ações confortantes, bem como o produto de conforto ganho pelos doentes através dessas ações. O cuidado de conforto requer, quer um processo de ações confortantes, quer o resultado dessas ações (Kolcaba, 1995). O aumento do conforto é o resultado desejado que decorre do processo de conforto. O processo não acontece como uma entidade separada do produto. O processo fica completo até que o produto, conforto aumentado, ocorra e este pode ser acomodado dentro de um processo contínuo (Kolcaba, 1995).

Os cuidados de conforto implicam intervenções apropriadas, realizadas de forma confortante e com o objetivo intencional de um maior conforto. A necessidade humana de conforto é universal (Kolcaba, 2003). Estes cuidados são holísticos porque envolvem a componente física, psicoespiritual, sociocultural e ambiental, e as decisões são tomadas com base no equilíbrio entre estes para conseguir um nível de conforto total da pessoa (Kolcaba, 2003). A Teoria do Conforto de Kolcaba demonstra a multidimensionalidade do conforto, que pode ser percecionado de forma diferente por pessoas diferentes, uma vez que depende das experiências passadas, da idade, do prognóstico da doença, do estado emocional e do sistema de suporte (Kolcaba, 2003; Kolcaba, 1994). A autora dá ênfase à necessidade de os enfermeiros conhecerem as necessidades de conforto que os doentes apresentam para planear e intervir na sua satisfação.

Esta teoria tem uma componente prática e operacional importante porque a autora tem um vasto trabalho na formulação de questionários, validados e aplicados para diferentes contextos, para avaliação efetiva do conforto dos doentes (Kolcaba, 2003).

A Teoria de Kolcaba abrange ainda aspetos como as variáveis de intervenção, os comportamentos de procura de saúde, o papel das instituições e das decisões políticas, que não serão abordados nestes trabalho.

Os elementos apresentados da Teoria do Conforto correspondem às as noções centrais que irão nortear este trabalho, nomeadamente a componente teórica que suporta a perspetiva de análise das situações de cuidados. Considero que o conforto é importante porque promove a adesão e manutenção da pessoa ao tratamento com a VNI, integra o potencial de recuperação da pessoa e envolve a avaliação e tomada de decisão da pessoa sobre a sua saúde. Assim, é possível a individualização dos cuidados e os cuidados em parceria. A par dos conceitos apresentados da Teoria do Conforto de Kolcaba, estão descritos os contributos de Benner e outros autores sobre o conforto nos cuidados de enfermagem.

Historicamente, o conforto tem sido parte integrativa dos cuidados de enfermagem desde os primeiros registos da prática de enfermagem (Ribeiro, 2012). Nos registos de Florence Nightingale de 1859, o conforto é entendido como um dos objetivos primordiais da prática de enfermagem (Ribeiro, 2012 citando Nightingale, 1859, Nightingale, 2005). Na obra "Notas Sobre Enfermagem: o que é e o que não é" de Nightingale (2005) é possível identificar a valorização do conforto, de forma implícita. Fazendo um paralelismo com Kolcaba, numa dimensão física e atendendo às necessidades, como a de alimentação e de cuidados de higiene. No prefácio desta obra, Germano Couto escreve que a autora "apreciava a importância da psicologia no tratamento do doente" (p. 8) e "todo o ambiente físico do doente era de importância primária" (p. 9). Nightingale confere ênfase à dimensão ambiental pela preocupação com a higiene, com a luz e o ruído. A autora demonstra, ainda, preocupação pela tranquilidade e transcendência quando se refere aos conselhos e

às expectativas a transmitir ao doente, dirigindo-se aos enfermeiros: "Se soubesse como os doentes sofrem irracionalmente, em virtude de causas racionais de sofrimentos, tomaria mais cuidado com esses factos" (p. 144). É possível ler ainda sobre estes estados que "a pessoa doente gosta também e muito de ouvir e contar coisas boas (p. 143).

O conceito conforto é descrito nos diversos contextos do exercício de cuidados maioritariamente como relacionado com a dimensão física da pessoa. Apesar do consenso sobre a sua centralidade na prática de enfermagem, o conceito de conforto vai muito para além da dimensão física. O enfermeiro proporciona o fortalecimento da pessoa doente (Apóstolo, 2009). O conforto constitui uma preocupação central do cuidar em enfermagem de tal modo que é um indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem (Oliveira, 2011; Kolcaba 2003).

Benner na obra "De Iniciado a Perito" enquadra a prestação de medidas de conforto na função de ajuda dos enfermeiros onde descreve várias intervenções para assegurar o conforto do doente e preservar a sua personalidade face à dor e a um estado de extrema fraqueza; presença: estar com o doente; otimizar a participação do doente para que este controle a sua própria cura; interpretar os diferentes tipos de dor e seleccionar as estratégias apropriadas para as controlar e gerir; trazer um apoio afetivo e informar as famílias dos doentes; e estabelecer e manter um ambiente terapêutico (Benner, 2001).

Segundo Benner et al. (2011) as medidas de conforto podem parecer comuns, triviais e, de alguma forma, com menor legitimidade e menor importância quando comparadas com intervenções tecnológicas que curam e salvam vidas. Para oferecer medidas de conforto é exigido que os enfermeiros tenham a percepção de que para confortar é necessário vigilância, presença e identificação do problema. Os autores referem, também, que um dos problemas que se coloca são os doentes que não conseguem verbalizar as suas queixas ou podem ter limitações de percepção e sensibilidade, e como tal os enfermeiros com experiência desenvolvem capacidades para ler e perceber as respostas corporais. A boa prática de cuidados de enfermagem, em contextos críticos altamente tecnológicos envolvidos em situações

causadoras de sofrimento, é centrada na promoção do conforto e nas medidas de apoio psicossocial. Os autores reforçam, ainda, que as medidas de conforto estão intimamente ligadas às medidas *life saving*, uma vez que o desconforto e a ansiedade influenciam as respostas dos utentes ao tratamento, sendo por isso necessário atenuá-las por meio do conforto.

O desenvolvimento dos sistemas de classificação em enfermagem permitiu incluir o conceito de conforto. No domínio do conforto há o diagnóstico de "Disposição para melhora do conforto" definido como "Padrão de sensação de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental e/ou social que é suficiente para o bem-estar e pode ser fortalecido" (NANDA Internacional, 2013, p. 545). Os fenómenos relacionados com a saúde, como o conforto, são complexos pois envolvem experiências humanas (NANDA Internacional, 2013). Ideias que são concordantes com Kolcaba e com Benner na medida em que o conforto é entendido de forma holística e como um conceito complexo.

Considero que o tema apresentado mostrou ser de extrema importância no âmbito dos cuidados de enfermagem ao longo dos anos, de uma forma transversal nos vários contextos de cuidados porque não estão remetidos apenas para um contexto de cuidados. Fica também evidente a intencionalidade da abordagem do processo de conforto holístico. Esta questão remete para um contínuo de cuidados numa perspetiva multidimensional em que importam igualmente as intervenções individualizadas de conforto como o resultado e produto - o conforto obtido. O conforto está muito associado a "fortalecer" e "aliviar a dor e desconforto" com base na relação entre o enfermeiro e o doente. Estes pontos são essenciais e motivaram a escolha da temática do conforto e da Teoria do Conforto de Kolcaba. Ainda assim, confesso que é um grande desafio aliar os cuidados de conforto às intervenções de elevada perícia e rapidez técnica, agilização de todo um conjunto de terapêutica e equipamentos necessários garantindo sempre a segurança e as intervenções de prevenção e controlo de infeção.

1.2 A Pessoa em Situação Crítica com Alteração do Padrão Respiratório

A PSC caracteriza-se por uma disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, e a sua sobrevivência está dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica (Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

Todos os utentes em situações de urgência e/ou emergência no âmbito da saúde devem procurar a entrada no Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) e nos diferentes serviços que o sistema nacional de saúde disponibiliza para avaliação e tratamento de situações agudas, urgentes ou emergentes, através dos sistemas telefónicos centrais de triagem, orientação e aconselhamento de doentes disponibilizados, particularmente os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), e a Linha Saúde 24 da Direção-Geral da Saúde (Ministério da Saúde, 2014). Perante uma aparente emergência médica, através do número europeu de emergência (112), atendida na central de polícia, a chamada é encaminhada para o CODU. No CODU é feita a triagem telefónica de emergência médica, com definição das prioridades da situação, o aconselhamento médico, o acionamento de meios de emergência, se e quando necessários, e a orientação dos doentes na Rede de SU (Ministério da Saúde, 2014).

Os primeiros cuidados diferenciados à PSC podem começar no PH, quando por critérios que estão definidos, quer na chamada de socorro ou como pedido de ajuda diferenciado após a avaliação dos tripulantes do PH, é ativada a viatura médica de emergência e reanimação (VMER) do INEM. Este meio de socorro é constituído por enfermeiro e médico que se deslocam à vítima, avaliam e estabilizam usando meios de Suporte Avançado de Vida (SAV) fazendo a articulação com o CODU. Em caso de necessidade esta equipa mantém os cuidados durante o transporte, acompanhado o doente na ambulância até ao SU ou serviço mais adequado de resposta à situação (INEM, 2009).

Nos SU as equipas multidisciplinares e multiprofissionais prestam cuidados de saúde em situações de urgência e emergência (Comissão de Reavaliação da Rede

Nacional de Emergência/Urgência, 2012). Relativamente à atividade assistencial dos SU, urgência pode ser entendido como um processo que obriga intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa); emergência é definido como o processo para qual existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo; a situação é crítica se não for rapidamente reversível, isto é, sempre que se prolonga no tempo, e necessitar de metodologias de SAV e de órgão (Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência, 2012).

Conforme necessidade e o prognóstico, a PSC é transferida para uma UCI para a monitorização invasiva, perante risco de disfunção ou falência de órgão e necessidade de suporte das funções vitais. Na UCI há acesso a meios de diagnóstico, terapêutica e acesso a especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (Ministério da Saúde, 2013). Num contexto altamente tecnológico, como as UCI, o empenho das equipas está focado na tecnologia e na perícia técnica para a resolução da situação crítica. Desta forma, **cuidar** é um enorme desafio em que o enfermeiro presta cuidados usando as competências técnicas e a abordagem holística (Urden, Stacy, & Lough, 2006).

Assim, entende-se que, de um modo geral, o ambiente PH, os SU e as UCI são contextos críticos onde deve ser feita a abordagem à PSC no sentido de promover os melhores cuidados de resposta às necessidades.

Articulando com o conceito de PSC com alteração do padrão respiratório, mundialmente, centenas de milhões de pessoas sofrem de uma patologia respiratória, como asma, DPOC e outras doenças respiratórias crónicas. Estima-se que em 2030 a DPOC seja a 3ª causa de morte no mundo (OMS, 2008). Em Portugal, as doenças respiratórias atingem 40% da população e são uma das principais causas de morbilidade e mortalidade, com tendência para o aumento da prevalência (DGS, 2012). Assim, constata-se que a patologia respiratória tem, atualmente, um predomínio elevado e que estas condições podem agudizar e levar a uma situação crítica, com indicação para uso de VNI o que evidencia a relevância de explorar este tema.

A insuficiência cardíaca atinge cerca de 20 milhões de pessoas em todo o mundo e é um dos principais problemas de saúde pública (Martins et al., 2011). Uma das formas mais graves de manifestação da Insuficiência Cardíaca Descompensada (ICD) é o EAP. O EuroHeart Failure Survey II2, num estudo desenvolvido na Europa, indica que nos utentes hospitalizados com ICD, 16% apresentaram EAP (Baird, 2010). No EAP existe hipoxemia com indicação para iniciar VNI (De Silva, 2009). A utilização da VNI como tratamento adjuvante de utentes com EAP no PH, em comparação com a aplicação exclusiva do tratamento farmacológico padrão, reduz a necessidade de EOT, apresenta inúmeros benefícios, reduz a taxa de mortalidade e deve ser utilizada tão precocemente quanto possível, porque a pressão positiva no final da expiração (PEEP) promove as trocas gasosas e a melhoria dos sinais clínicos como a dificuldade respiratória (Dickstein et al., 2008). Na revisão sistemática da literatura realizada sobre o uso de VNI no PH por Alves (2014), nos artigos os autores destacam que o tratamento do EAP pode ser efetivamente iniciado pela aplicação imediata do CPAP apenas, dizendo que um atraso de apenas 15 minutos no PH mostra profundos efeitos nos resultados dos participantes, particularmente na mortalidade, na necessidade de EOT ou em outros indicadores cardiovasculares.

A DPOC caracteriza-se como uma doença com limitação progressiva e persistente do fluxo aéreo. A prevalência da DPOC em Portugal atinge 14,2% dos indivíduos adultos com mais de 40 anos de idade (DGS, 2013). A DPOC é responsável por um elevado número de episódios em SU e internamentos hospitalares (DGS, 2005). De acordo com um estudo de 2006 em utentes internados, o custo médio anual de um utente com DPOC muito grave atinge mais de 8000 euros (DGS, 2013). Pelo seu impacto, as doenças crónicas respiratórias em geral, e a DPOC em particular, têm tido um peso económico cada vez maior na sociedade (Raheison & Girodet, 2009).

O uso de VNI tem assumido maior importância na resposta a problemas de saúde das pessoas pelos seus benefícios clínicos, como uma estratégia terapêutica consensual em pessoas com insuficiência respiratória de diferentes etiologias (Ferreira, Nogueira, Conde, Taveira, & Parente, 2009).

Em ambas as patologias a VNI apresenta-se como uma estratégia adjuvante eficaz na resolução dos sintomas, evita complicações da EOT e da VMI como as IACS e apresenta indicadores de que o seu uso é mais favorável economicamente.

1.3 A Pessoa em Situação Crítica com Ventilação Não Invasiva

A VNI consiste na aplicação de um suporte ventilatório por meio de pressão sem recurso a métodos invasivos da via aérea (EOT e traqueostomia). Isto acontece através do uso de uma interface, conectada ao sistema de traqueia e ao ventilador programado num modo ventilatório adequado. Assim é possível um menor custo, uma maior capacidade para compensação de fugas, e a vantagem de, na maioria, ser portátil e mais bem tolerados pelos doentes. Pode ser utilizado em situações agudas ou crónicas. A VNI tem sido cada vez mais usada em PSC com patologia aguda (Ferreira et al., 2009). Esta abordagem terapêutica permite reduzir o trabalho dos músculos respiratórios e a frequência respiratória, otimizando as trocas gasosas por recrutamento de alvéolos (Agarwal, Aggarwal, & Gupta, 2010; Rahal, Garrido, & Cruz, 2005). A VNI tornou-se uma estratégia terapêutica usada no tratamento da IRA com vantagens na redução do desconforto do utente e na diminuição da mortalidade em comparação com a VMI (Antonelli et al., 2007; Carron et al., 2013; Hussein, 2016) e ainda evita a necessidade de sedação com riscos de instabilidade hemodinâmica e subsequente risco de delírio e IACS (Popat & Jones, 2012). Gradualmente, tem ganho uma crescente aceitação por evitar a EOT e melhorar os resultados em utentes selecionados com IRA (Hussein, 2016; Nava, 2013).

Historicamente, em 1938 foi descrito o primeiro registo de uso de pressão positiva contínua (CPAP) (Barach, Martin, & Eckman, 1938). Nos anos de 1930 a 1950, a VNI com ventilação por pressão negativa baseava-se na aplicação de uma pressão subatmosférica externa ao tórax que simulava a inspiração, e a expiração dava-se de forma passiva. O pulmão de aço usado durante a epidemia de poliomielite é exemplo deste mecanismo (Ferreira et al., 2009). Na década de 1960,

o recurso à ventilação por pressão positiva, através de EOT, ganhou ênfase sobre a VNI porque garantia uma melhor proteção e controlo da via aérea (Mehta & Hill, 2001). Na década de 1980, com a introdução do CPAP, a VNI teve maior divulgação pelo uso no tratamento da síndrome de apneia obstrutiva do sono (Ferreira et al., 2009). Na década de 1990 a VNI ganhou uma crescente utilização porque se verificou que proporciona um suporte ventilatório com maior comodidade, conforto, segurança e menor custo comparativamente à VMI (Mehta & Hill, 2001). Recentemente, a VNI tem sido útil no tratamento de situações urgentes de exacerbação da DPOC e de EAP cardiogénico (Rose & Gerdzt, 2009).

As indicações para o uso de VNI são: i) acidose respiratória refratária a terapêutica médica; situações de DPOC ($\text{pH} < 7,35$ 45nmol/l); ii) hipoxemia grave refratária à administração de oxigénio e terapêutica médica no EAP; iii) IR global aguda ou crónica, por deformidade da parede torácica ou doença neuromuscular; iv) Síndrome de apneia obstrutiva do sono (Campos, 2012). Os objetivos fisiológicos da VNI são: melhorar as trocas gasosas, otimizar os volumes pulmonares e reduzir o trabalho respiratório. Os objetivos clínicos são: corrigir a hipoxemia, corrigir a acidose respiratória, reverter atelectasias, aumentar a disponibilidade de oxigénio no miocárdio, estabilizar a parede torácica, reduzir a pressão intracraniana (Campos, 2012). As principais vantagens do uso de VNI são: maior conforto para o utente; manutenção da comunicação verbal, da deglutição, da tosse e eliminação de expetoração, pois mantém o mecanismo de defesa pulmonar; possibilidade de aplicação intermitente; menor tempo e custo de internamento; menor necessidade de sedação e menor incidência da atrofia dos músculos respiratórios; menor incidência de IACS e menor incidência de lesões provocadas pela EOT (Magano, Reis, Guedes, Brito, & Mourisco, 2007).

As contraindicações para o uso de VNI são: paragem cardiorrespiratória (PCR), encefalopatia grave; hemorragia digestiva grave, instabilidade hemodinâmica, cirurgia ou trauma facial extenso, obstrução da via aérea superior, incapacidade de proteção da via aérea com risco de aspiração e agitação psicomotora (Ferreira et al., 2009; Royal College of Physicians, British Thoracic Society, 2008). Apesar das vantagens da VNI estão descritas algumas

desvantagens e complicações. Para o uso da VNI com segurança é necessário que os profissionais de saúde sejam treinados e sejam experientes de forma a identificar precocemente e corrigir as possíveis complicações (Carron et al., 2013). As desvantagens inerentes ao uso de VNI são: a correção mais lenta das alterações e, por isso, um controlo mais frequente; dificuldades na oxigenação; a necessidade da colaboração do utente, impedindo a aplicação da VNI em utentes com alteração do estado de consciência; a limitação da administração de volumes constantes; o desconforto, a agitação e a ansiedade provocadas pela interface; instabilidade hemodinâmica e progressão da IRA (Corrêa et al., 2015; Pinto, 2013). Carron et al., (2013), com base numa revisão da literatura descrevem um conjunto de complicações do uso de VNI. As complicações maior são: a falência da VNI (por hipoxia), a pneumonia de aspiração, o barotrauma e os efeitos hemodinâmicos como a hipotensão. As complicações minor devem-se às características estruturais da interface e aos padrões de fluxo de ar variáveis pela pressão, volume de ar e oxigénio. As complicações relacionadas com (i) a interface são a reenalação de dióxido de carbono, a claustrofobia, o desconforto, as lesões cutâneas da face como úlcera por pressão (UPP); (ii) as complicações relacionadas com a pressão do ar e o fluxo são a aerofagia e as fugas de ar que podem provocar a desidratação das vias aéreas, a congestão e desidratação nasal e da cavidade oral, otalgia, insuflação gástrica e vômitos. Outras complicações descritas são o ruído e a assincronia utente-ventilador. O uso inadequado e ineficaz da VNI pode protelar a EOT e aumentar o risco de mortalidade (Asseiro & Beirão, 2012). Os profissionais de saúde devem conhecer estas complicações inerentes e avaliar regularmente os utentes para as antecipar e minimizar (Hess, 2013).

Para iniciar o tratamento com a VNI é necessário ter o equipamento disponível e pronto a ser utilizado nomeadamente o ventilador, o sistema de traqueia e a interface. O circuito é composto por: filtro bacteriológico¹, conector para oxigénio

¹Os filtros bacteriológicos têm como função a retenção das poeiras impedindo-as de entrarem no circuito do ventilador e de chegarem ao doente. Devem ser colocados à saída do ventilador e substituídos de 24 em 24 horas (Magano et al., 2007).

(se ventilador não regular a concentração de oxigénio), traqueia, válvula expiratória (caso a interface seja não ventilada) e interface (com válvula antiasfixia). Os parâmetros ventilatórios são programados pelo médico e ajustados com a colaboração do enfermeiro (De Silva, 2009; Royal College of Physicians et al., 2008). Os ventiladores atuais dispõem de funcionalidades que favorecem a monitorização dos doentes e têm vantagens tais como: a capacidade de fornecer oxigénio em concentrações mais elevadas e exatas, tempos de inspiração e expiração diferentes o que minimiza a reenalação de dióxido de carbono, diversos modos e parâmetros ventilatórios para adequar ao doente como trigger, tempo inspiratório ou tempo de rampa (Hess, 2013). A VNI é feita com pressão assistida, principalmente, em duas modalidades: 1) CPAP, em que existe uma pressão positiva no final da expiração (EPAP/PEEP), garantindo uma respiração espontânea com pressões de gases superiores à pressão atmosférica - aumenta o volume pulmonar e melhora a oxigenação; 2) BIPAP, que promove uma ventilação por pressão positiva com dois níveis de pressão, um nível de suporte inspiratório (IPAP) e um nível de pressão no fim da expiração (EPAP/ PEEP), tendo vantagens como o recrutamento de alvéolos, a diminuição da formação de atelectasias e redução do trabalho inspiratório (Ferreira et al., 2009). Habitualmente, a ventilação é mais bem tolerada quando os ciclos respiratórios são desencadeados pelo estímulo do utente, o parâmetro *trigger* ou sensibilidade que é o sensor de esforço respiratório (Popat & Jones, 2012). Na seleção do ventilador é importante ter em conta a compensação da fuga, o *trigger* e ciclo acoplado ao padrão de respiração do utente, o transporte de oxigénio, a monitorização, os alarmes e a portabilidade (tamanho, peso, bateria) (Hess, 2013).

Segundo Mas & Masip (2014) as diretrizes clínicas e opiniões de peritos recomendam iniciar VNI com pressões baixas, como IPAP de 8 a 10 cmH₂O e EPAP de 3 a 4 cmH₂O, e aumentar a pressão de suporte progressivamente de acordo com a adaptação do utente, garantindo volumes correntes expirados de 4 a 6 ml/kg (podendo ser menor em pessoas com DPOC). Para doentes com exacerbação da DPOC, particularmente, as configurações iniciais de IPAP devem ser 10 cmH₂O, e aumentadas de 2 a 5 cmH₂O a uma taxa de aproximadamente 5 cmH₂O cada 10 minutos com um alvo de pressão máximo de 20 cmH₂O ou até que seja alcançada

uma resposta terapêutica e tolerância do utente. Os valores recomendados de EPAP são de 4 a 5 cmH₂O (Royal College of Physicians et al., 2008). Deve administrar-se oxigénio suplementar, para manter saturações periféricas de oxigénio igual ou superiora 90% (Ferreira et al., 2009).

A avaliação da eficácia da VNI é feita através da observação do doente e dos resultados da gasimetria arterial que deve ser feita uma hora após o início e uma hora depois da alteração de parâmetros (Royal College of Physicians et al., 2008). O tratamento com VNI deve durar por um período mínimo de seis horas e mantido enquanto for necessário, fazendo intervalos de pausa logo nas primeiras 24 horas. Nos períodos de pausa o doente deve ficar com oxigénio por cânula nasal e ingerir água, alimentar-se, comunicar com a equipa de cuidados e com a família. Quando são atingidos os indicadores de sucesso como o pH regularizado, a resolução da causa e os sintomas subjacentes, perante uma duração adequada do tratamento, é apropriado iniciar o plano de desmame (Royal College of Physicians et al., 2008).

O sucesso da VNI depende da seleção de uma interface adequada. Existem várias interfaces disponíveis: máscaras nasais, máscaras oronasais, máscaras faciais totais, capacete, peças bucais e almofadas nasais (Hess, 2013). As máscaras oronasais e faciais totais são as mais usadas em situação aguda (Brill, 2014). As características desejáveis da interface são: o espaço morto reduzido, a transparência, uma adequada selagem, ser não-alérgico, a variedade de tamanhos, a adaptabilidade a variações na anatomia facial, capacidade de ser removida rapidamente e ter um mecanismo antiasfixia (Hess, 2013).

A taxa de insucesso da VNI (e necessidade de EOT) pode rondar os 40%, em muitos casos devido à assincronia. Uma boa tolerância da VNI está associada ao seu sucesso (Hess, 2013). A assincronia pode ser justificada pelo processo de doença ou a fugas. Assim, reduzindo as fugas da interface e usando um ventilador com boa compensação de fuga pode reduzir-se a taxa de assincronia (Hess, 2013). A promoção do conforto pode ser feita pelo ajuste dos parâmetros do ventilador, reduzindo pressões ou alterando tempos inspiratórios por exemplo, poderá contribuir para uma melhor sincronia.

A pessoa com dispneia e necessidade de VNI pode iniciá-la no PH, no SU, na UCI ou no serviço em que esteja, sendo que o serviço apropriado para a PSC com VNI depende da necessidade de monitorização do utente, da capacidade de monitorização e de recursos técnicos e humanos (enfermeiros e fisioterapeutas), dos serviços e da capacidade e experiência da equipa. A UCI é o local ideal, mas muitos hospitais não têm disponibilidade de vagas como seria o ideal. Assim, habitualmente é feita a gestão dos doentes conforme as suas necessidades de cuidados e as capacidades de resposta e monitorização dos serviços (Hill, 2009).

1.4 Os Cuidados de Enfermagem Promotores de Conforto *com a PSC submetida a VNI*

Os utentes submetidos a VNI requerem cuidados específicos e complexos, dos quais se destacam os cuidados de enfermagem na implementação desta técnica, na adaptação e manutenção do tratamento, demonstrados por diversos estudos. Na figura 1 estão apresentados os cuidados de enfermagem à PSC com VNI. Na primeira abordagem, o enfermeiro deve avaliar o estado de consciência do utente, a sua capacidade para colaborar na técnica e explicar-lhe o procedimento de forma clara, simples e objetiva, com o intuito de detetar alterações do estado de consciência e, sobretudo, promover a colaboração do utente (Pinto, 2013). Para iniciar o tratamento com VNI é necessário a monitorização do utente, garantir a montagem e funcionalidade do equipamento, verificar os parâmetros ventilatórios e os acessórios necessários, verificando a existência de fugas e de pressões elevadas e ajustar adequadamente a interface (De Silva, 2009; Pinto, 2013; Rose & Gerdtz, 2009).

Figura 1 - Os Cuidados de Enfermagem com a PSC submetida a VNI

Intervenções	Especificações
Monitorização	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estado de consciência e sinais vitais (respiração, frequência e ritmo cardíaco, pressão arterial, dor e temperatura); ▪ Gasimetria arterial (1h após início e 1h após alterações de parâmetros); ▪ Monitorização objetiva: 0h - 1ª hora: 15 em 15 minutos; - 1ª h- 4 horas: 30 em 30 minutos; 4 h - 12 horas: 1 em 1 hora; ▪ Avaliação do conforto através de: adaptação ao ventilador, interface, a pele, a hidratação das mucosas, a distensão gástrica e a tosse ou a expectoração; ▪ Acesso venoso; ▪ Integração da família;
Preparação de Material para VNI	Ventilador, filtro bacteriológico, oxigénio, traqueia, válvula expiratória, interface (com válvula antiasfixia);
Material para EOT	Insuflador manual, oxigénio, ventilador, sistema de traqueia, filtro e swivel, TET, laringoscópio, seringa, nastro, estetoscópio, aspirador;
Explicação do procedimento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Explicação de benefícios e funcionamento; ▪ Obtenção de consentimento; ▪ Explicação que pode falar e/ou comunicar por gestos e de forma escrita;
Colocação progressivamente da VNI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programação dos parâmetros no ventilador; ▪ Aplicação apenas da máscara, colocar máscara conectada à traqueia; colocar máscara ligada ao ventilador e ajustar à face do utente; ▪ Avaliação da adaptação e sincronização; ▪ Alteração de <i>trigger</i> e parâmetros possíveis; ▪ Instrução sobre como retirar a máscara;
Cuidados de controlo e prevenção de infeção	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Colocação de filtro bacteriológico; ▪ Higienização da máscara sempre que visivelmente suja; ▪ Substituição dos sistemas de traqueia a cada 24 horas;
Registo de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Situação inicial; ▪ Cuidados: interface, colaboração, adaptação e sincronização, secreções, fugas, parâmetros do ventilador, posicionamento; ▪ Complicações.

Adaptado de (Royal College of Physicians et al., 2008; Carron et al., 2013; De Silva, 2009; Hess, 2013; Magano et al., 2007; Pinto, 2013).

Nas primeiras horas o utente deve estar sujeito a uma vigilância rigorosa de monitorização constante do nível de conforto, do estado de consciência, do padrão respiratório atendendo ao trabalho respiratório, às trocas gasosas, ao estado hemodinâmico e aos parâmetros do ventilador. O enfermeiro deve desenvolver um conjunto de atividades para: i) promover a colaboração do utente; ii) otimizar a ventilação; iii) detetar alterações do padrão respiratório e iv) prevenir complicações (Carron et al., 2013; Pinto, 2013; Royal College of Physicians et al., 2008). O

enfermeiro tem uma participação ativa na equipa de cuidados na medida em que avalia o utente e toda a necessidade de cuidados e recursos e planeia intervenções garantindo a segurança do utente. O conforto da PSC submetida a VNI é central para o sucesso desta técnica e melhoria da condição do doente. Ao longo da revisão de literatura emergiram cuidados de enfermagem promotores de conforto que foram sistematizados em áreas de cuidados e são: a relação terapêutica, a monitorização e sincronização; o posicionamento; a hidratação das mucosas e a nutrição; a pele; a tosse e a presença de secreções; a dor e o desconforto e os períodos de interrupção da VNI.

A **relação interpessoal** é a base dos cuidados de enfermagem (OE, 2012). O papel do enfermeiro assenta na relação estabelecida com o doente e na forma como comunica com ele no processo de adesão à VNI (De Silva, 2009). O enfermeiro intervém ao longo de todo o processo, escuta ativamente a pessoa, explica o procedimento, ajuda na adaptação, na sincronização, na adequação dos períodos de ventilação do utente às atividades de vida, dá suporte de resposta aos problemas psicológicos, nas dificuldades em falar, tranquiliza o utente no tratamento com VNI, informa que deve pedir ajuda em caso de problema, integra a família nos cuidados (Magano et al., 2007). Assim, o enfermeiro apoia psicologicamente o utente, está presente, transmite confiança, segurança e disponibiliza-se para o esclarecimento de dúvidas (Magano et al., 2007). Neste trabalho e ao longo do percurso, a pessoa é parte integrante dos cuidados e ativa no processo. Para que isto seja possível é necessário a criação de uma relação terapêutica entre o enfermeiro e o utente assente em valores como o respeito, a assertividade, a confiança. Honoré (2004) defende que para se promoverem cuidados de enfermagem centrados na pessoa é necessário apostar na criação de ambientes promotores de confiança. O enfermeiro deve providenciar meios de comunicação adequados ao utente com VNI, uma vez que a interface é um obstáculo à comunicação e poder-se-á estimular a comunicação sensorial e escrita através, por exemplo, do fornecimento de um bloco de notas, de modo a diminuir a ansiedade (Soares, 2014). Ainda assim, a VNI tem a grande vantagem de possibilitar a comunicação verbal.

A relação terapêutica faz-se também com a **família**. Segundo Alarcão (2000), a o conceito de família não pode ser limitado a laços de sangue mas corresponde a qualquer grupo cujas ligações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum. A família deve ser incentivada a estar presente, transmitir confiança, tranquilidade e conforto e ser um elo de ligação entre a pessoa e o enfermeiro.

A **monitorização** regular do conforto da pessoa permite ao enfermeiro perceber e ajudar na adaptação e sincronização do utente com o ventilador (Magano et al., 2007). Para garantir o sucesso da VNI é fundamental monitorizar a frequência respiratória, o esforço do utente, a saturação de oxigénio, o pH e a pressão parcial de dióxido de carbono para avaliar a sua eficácia. Um dos principais fatores que determinam a tolerância e o sucesso da VNI são a **sincronia** ideal entre interação pessoa-ventilador (Mas & Masip, 2014). Alguns utentes têm intolerância à VNI e apresentam ansiedade pela colocação da interface ou estão agitados e confusos por todo o quadro clínico (British Thoracic Society Standards of Care Committee, 2002). Carron et al. (2013), Hess (2013) e Royal College of Physicians, British Thoracic Society (2008) referem que existe relutância dos profissionais de saúde para o uso de sedativos pelo risco de diminuição do estado de consciência e da respiração e insucesso da VNI. Alguns estudos descrevem o uso de sedativos e analgésicos, como ramifentanil, propofol e o haloperidol com bons resultados na adaptação à VNI. Apesar destes fármacos proporcionarem alívio do desconforto, o tema é controverso e são necessários mais estudos para conclusões mais consistentes. Constantin, Schneider, Guerin, Bannier, & Futier (2007) num estudo piloto mostram que a sedação baseada em ramifentanil é segura e eficaz porque aumenta a tolerância à VNI.

O enfermeiro deve promover o **posicionamento** confortável do utente, de preferência em *semifowler* para facilitar a expansão pulmonar e prevenir a distensão gástrica (Bernardo, 2002 e Cunha 2000, citado por Pinto, 2013). O utente na posição de sentado proporciona uma expansão pulmonar e promove o aumento de saturação (De Silva, 2009). A pessoa deve ser posicionada de forma a estar sentada com a cabeça erguida. Deve ser considerado um apoio adicional para pescoço ou para os membros superiores, se necessário (Royal College of Physicians et al.,

2008). A posição do utente no leito é essencial para promover um padrão respiratório eficaz e evitar a regurgitação gástrica e consequente pneumonia de aspiração.

Compete ao enfermeiro promover a **hidratação**, por isso, vigiar sinais de irritação ocular e intervir para reduzir as fugas de ar, vigiar a desidratação da mucosa nasal e ocular promovendo a sua hidratação por terapêutica tópica como lágrima artificial, soro fisiológico ou aplicação de *spray* nasal salino (Mourisco, 2006; Pinto, 2013). O enfermeiro deve prestar cuidados à cavidade oral e aos olhos apesar de não existirem estudos que indiquem a sua frequência (De Silva, 2009). Pode ser aplicado um sistema de humificação aquecida porque facilita na redução da resistência nasal, ajuda na expectoração, reduz a desidratação e aumenta o conforto e a tolerância. Contudo, aumenta o espaço morto e reduz a eliminação de dióxido de carbono (Hess, 2013; Mas & Masip, 2014).

A **nutrição** é um fator importante durante os períodos de doença devido ao aumento da taxa metabólica do organismo. A pessoa deve alimentar-se nos períodos de interrupção da VNI, fazendo oxigénio por cânula nasal mantendo a cabeceira elevada no período seguinte (De Silva, 2009; Pinto, 2013; Royal College of Physicians et al., 2008). Quando se estão a usar pressões elevadas (20 a 25 cmH₂O) a pessoa deve manter-se em posição quase sentada na hora seguinte à refeição (Carron et al., 2013).

A escolha da interface é um ponto-chave para o sucesso da VNI (Ferreira et al., 2009). Com o objetivo de prestar cuidados à **pele** para promoção de conforto e reduzir complicações deve ser escolhida uma máscara de tamanho e formato adequados à face do utente, preferir interfaces com menor área de máscara e maior zona de almofada, ajustar e reajustar as cintas à face, alternar a interface entre máscara facial e oronasal pois têm áreas distintas de apoio e aplicar um apósito hidrocolóide na zona de maior pressão (Carron et al., 2013; Ferreira et al., 2009). Para reduzir o risco de lesão da pele ao usar a VNI é necessário: gerir os tipos de interfaces, fazer a higienização da pele e da máscara, o dispositivo ser constituído por uma peça ajustável à região frontal, em que o material promova o amortecimento

entre a máscara e o rosto, uma fita da barreira entre a máscara e o rosto (Hess, 2013).

Os doentes a fazer VNI com bons resultados devem mantê-la e iniciar um desmame apropriado. Mesmo assim, devem-se fazer **períodos de pausa da VNI** e manter oxigenoterapia por cânula nasal, porque estes períodos são essenciais para a satisfação de necessidades de conforto físico, psicoemocional, sociocultural, e para o sucesso da terapia com VNI (De Silva, 2009; Pinto, 2013; Royal College of Physicians et al., 2008). O enfermeiro deve monitorizar a **presença de secreções** incentivando o utente a eliminá-las, garantir uma boa hidratação e instituir a cinesiterapia respiratória nos períodos de interrupção da VNI (Pinto, 2013).

A **dor** é uma das áreas de atenção importante para a prática de enfermagem, sendo definida como uma experiência subjetiva de sofrimento com impacto nas várias dimensões do bem-estar da pessoa (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2010). O enfermeiro deve intervir no alívio da dor (Benner, 2001) em medidas farmacológicas e não farmacológicas (OE, 2008). Devem ser vigiados regularmente os sinais de dor e desconforto como a sensação de claustrofobia, a irritação ocular, a desidratação das mucosas, o desconforto abdominal e a dor causada pela interface, otalgia assim como a pressão e as fugas (Carron et al., 2013; Hess, 2013). O enfermeiro presta cuidados no sentido vigiar o desconforto abdominal causado pela ingestão de ar. Para reduzi-lo pode pedir ao utente para inspirar pelo nariz ou ponderar a colocação de sonda nasogastrica para aliviar o desconforto e reduzir risco de aspiração de conteúdo alimentar (De Silva, 2009; Pinto, 2013; Royal College of Physicians et al., 2008).

A informação apresentada deixa transparecer os cuidados de enfermagem especializados promotores de conforto *com* a PSC submetida a VNI pelo processo complexo de doença crítica e suas necessidades reais e potenciais, a profundidade de conhecimento teórico, científico, relacional, humano que exige do enfermeiro, a experiência e o treino do enfermeiro, a prevenção e antecipação de complicações, a mobilização da equipa multiprofissional, as questões complexas que pode levantar

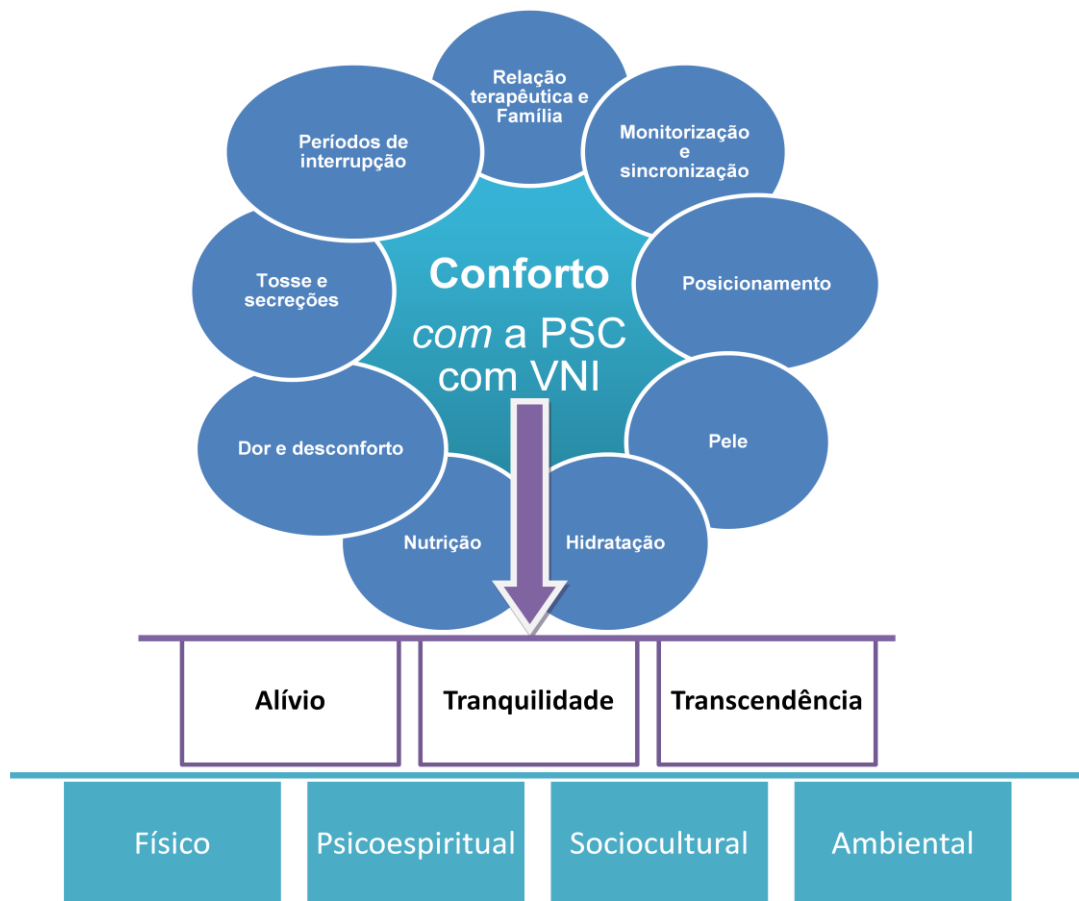
do ponto de vista da segurança do doente e é uma problemática atual porque o seu crescente uso é resposta a situações agudas no PH, SU e UCI.

Estes cuidados de enfermagem estão organizados na figura 2. Fazendo a análise com a Teoria do Conforto de Kolcaba (2003), maioritariamente, estes cuidados referem-se ao contexto físico como a hidratação das mucosas, os cuidados à pele, o posicionamento, em que o enfermeiro intervém para proporcionar alívio. Do ponto de vista do contexto sociocultural enquadra-se a relação com os profissionais de saúde, particularmente, a relação terapêutica com o enfermeiro, a presença da família, a possibilidade de comunicar verbalmente nos períodos de pausa da VNI, sem barreiras e ter a possibilidade de fazer uma chamada telefónica para manter relação com a família e, assim sentir-se reconfortado. No contexto psicoespiritual, é essencial a intervenção do enfermeiro no que concerne a envolver a pessoa nos cuidados para otimizar a consciência de si e o autoconceito através de perguntas diretas à pessoa sobre o seu conforto e sobre as suas necessidades psicológicas e espirituais na vivência daquele momento. Ao nível do contexto ambiental é importante controlar a luminosidade do espaço, verificar a sua intensidade no período diurno, reduzir e até mesmo eliminar a luz no período da noite. Enquadra-se neste ponto, ainda o ajuste dos alarmes dos equipamentos, pois estes devem estar ajustados às necessidades dos doentes e muitas vezes os próprios equipamentos permitem regular o seu volume. Cabe ao enfermeiro controlar o ruído do serviço em geral. Ainda assim, é impossível reduzir o ruído próprio do funcionamento dos equipamentos como o ventilador, o que pode incomodar a pessoa. Parece-me que é possível enquadrar a presença da família e tudo aquilo que esta transmite e simboliza no conforto como um estado de tranquilidade no contexto psicoespiritual e sociocultural, porque a sua presença traduz-se em calma e segurança para uma consciência de si para o melhor desempenho das atividades necessárias.

Face ao contexto de PSC e quadro de IRA é difícil abordar o estado de transcendência e, por isso, não está apresentado e analisado neste seguimento.

Todos estes cuidados apresentados são da responsabilidade do enfermeiro. E ainda, como descrito, a complexidade e a exigência dos cuidados de conforto com a PSC com VNI assumem-se como especializados.

Figura 2 - Os Cuidados de Enfermagem Promotores de Conforto com a PSC submetida a VNI



2. ANÁLISE DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Este capítulo aborda o percurso de desenvolvimento de competências ao longo dos quatro contextos de estágio segundo Benner (2001) e a análise das vivências mais significativas.

Para a OE, enfermeiro especialista "é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção" (2010, p. 2). Para o desenvolvimento das competências especializadas em enfermagem à PSC e foram consultados e tomados como orientadores os seguintes documentos: os Descritores de Dublin definidos para o 2º ciclo de estudos, o objetivo e as competências definidas para o CMEPSC (ESEL, 2010), as competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em PSC. Estes documentos definem as competências a atingir e que devem ser demonstradas ao longo do percurso.

De entre as competências comuns do enfermeiro especialista destaco, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, "desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção"; no domínio da melhoria da qualidade, "concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade"; no domínio da gestão de cuidados, "gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional"; no domínio das aprendizagens profissionais, "desenvolve o autoconhecimento e a assertividade" (Diário da República, 2011a, p. 8649). As competências do enfermeiro especialista em PSC são: "cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica"; "dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, da conceção à ação" e "maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à

necessidade de respostas em tempo útil e adequadas" (Diário da República, 2011b, p. 8656).

Considerando os conhecimentos, as capacidades e as competências propostos para o CMEPSC, passo a indicar os que foram propostos desenvolver:

- Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ ou falência orgânica;
- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a PSC e/ ou falência orgânica;
- Gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional;
- Selecionar fontes de informação relevantes para a tomada de decisão;
- Expor com clareza e argumentar os resultados do seu próprio raciocínio;
- Mobilizar com rigor os dados dos relatórios de investigação;
- Demonstrar um nível aprofundado de conhecimento numa área específica da Enfermagem e consciência crítica para os problemas atuais/ novos da disciplina;
- Abordar questões complexas de modo sistemático, reflexivo, criativo e inovador.

Benner (2001), na sua teoria de aquisição e aperfeiçoamento de competências do enfermeiro, categoriza este processo em cinco estados sucessivos: principiante (iniciado), principiante avançado, competente, proficiente e perito. A autora considera que as competências se desenvolvem tendo em conta a visão do enfermeiro sobre a situação, a forma como se perspetiva, com base na experiência sustentada e na prática reflexiva, culminando no enfermeiro perito ou especialista. Como tal, foi selecionada uma metodologia descritiva e reflexiva com base na prática clínica nos locais de estágio, estabelecendo uma relação entre a teoria e prática dos contextos.

Ao longo do percurso nos estágios pretendo alcançar o estado de perita em enfermagem na área da PSC como descrito no objetivo do CMEPSC. Assim, recorrendo ao Modelo Dreyfus de aquisição e desenvolvimento de competências aplicado à Enfermagem por Benner (2001), no início do estágio faço uma

autoavaliação e coloco-me no estado de **competente** no contexto de cuidados de enfermagem no SUP, tendo em conta a minha experiência profissional, porque trabalho em contexto de SU há 5 anos, estou consciente dos meus atos em termos objetivos e dos planos a longo prazo o que implica que percebo aquilo que é mais importante e o que pode ser ignorado no momento atual. Os planos que estabeleço têm em conta uma análise consciente, abstrata e analítica do problema, identifico que tenho um nível de rapidez e maleabilidade importante e que faço um planeamento consciente e deliberado dos cuidados sendo eficiente na organização dos mesmos.

O planeamento deste percurso foi realizado de forma a proporcionar um desenvolvimento gradual e consistente de competências especializadas em PSC. Por isso, foi elaborado o projeto de estágio onde foi definido o tema, o objetivo geral e os objetivos específicos, operacionalizados por estratégias e atividades. Considerando a experiência profissional em contexto de SU e o intuito de desenvolver competências especializadas em enfermagem à PSC, o estágio em contexto de UCI foi planeado com maior tempo, num total de treze semanas, no sentido de promover um maior desenvolvimento de competências. O estágio em contexto PH surgiu posteriormente, pela necessidade de cuidar da PSC, especificamente com IRA no PH, sendo uma oportunidade de aprendizagem neste percurso. Os quatro locais de estágio foram escolhidos pelas suas características promotoras de aprendizagens, pelo predomínio de doentes com problemas respiratórios, enfermeiros peritos e com muita experiência na área e oportunidades desenvolvimento de competências. Os objetivos específicos, as atividades e os indicadores de resultado elaborados para cada estágio podem ser consultados em apêndice (apêndice I, II, III e IV).

Com base na informação mencionada irei, ao longo deste capítulo, descrever a experiência em contexto clínico e analisar o percurso de desenvolvimento de competências segundo Benner (2001), mobilizando as atividades realizadas e a evidência científica.

2.1 Cuidar da Pessoa em Situação Crítica na UCI

Este estágio decorreu entre o dia 2 de Outubro e o dia 20 de novembro de 2015, durante sete semanas, com um horário rotativo pelas 24 horas (turnos de manhã, tarde e noite). Os objetivos específicos deste estágio foram:

- Integrar a equipa interdisciplinar;
- Desenvolver competências especializadas no cuidado da PSC em UCI;
- Promover um padrão respiratório eficaz na pessoa com necessidade de VNI na UCI;
- Compreender a experiência da pessoa com VNI em contexto de situação crítica e da sua família;
- Aplicar a Teoria de Conforto na prestação de cuidados.

A UCI escolhida caracteriza-se por um predomínio de doentes críticos com problemas respiratórios e está integrada no departamento de pneumologia do hospital. A equipa é constituída por um diretor de serviço, (comum a todo o serviço de pneumologia), um chefe/coordenador de serviço, seis assistentes hospitalares atribuídos ao "staff" da unidade, uma enfermeira chefe com a especialidade em reabilitação, um enfermeiro com funções de coordenação e com a especialidade em reabilitação, vinte e dois enfermeiros de cuidados diretos, dos quais: quatro com a especialidade em reabilitação e cinco com a especialidade médico-cirúrgica - doze assistentes operacionais e dois assistentes administrativos. A UCI tem como três focos de atividade: a pedagógica, a investigação e a assistencial com a prestação de cuidados de saúde nas áreas da prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação das doenças do foro respiratório, quer em ambulatório, quer em regime de internamento. A UCI tem especificidade em doenças respiratórias com especial valência em VNI, com total de doze camas, oito de VMI e quatro de VNI, com dois quartos de isolamento.

No início do estágio, do ponto de vista teórico, senti a necessidade de aprofundar e rever os conhecimentos de áreas como a monitorização invasiva, a sedação e analgesia do doente em UCI, o impacto do ambiente da UCI no doente, o desmame ventilatório, as técnicas de substituição da função renal e a relação e comunicação com a família. Progressivamente, desenvolvi o processo de integração

na equipa, facilitado por momentos como a passagem de turno em que foi possível partilha de informação e de discussão sobre os cuidados e sobre as melhores práticas com os pares, privilegiando do conhecimento dos colegas peritos na área. Lima, Pacheco, Esteves, & Canário (2006) citando Lopes (2005) descrevem que a passagem de turno constitui um momento formativo privilegiado uma vez que promove a reflexão crítica e a partilha de informação e experiências. Sobre a comunicação da equipa de saúde, Tranquada (2013) refere que

as equipas de cuidados de saúde são grupos socialmente construídos no cruzamento de múltiplas instituições e culturas profissionais, consequentemente existem forças sociais muito poderosas que coagem a forma como estas equipas trabalham em conjunto. Desta forma, ao estudar-se a comunicação nas equipas de saúde, deve olhar-se tanto para a comunicação como para o contexto envolvente (p. 14 citando Nemeth, 2008).

O processo de integração contemplou a equipa, o serviço e as suas dinâmicas, equipamento, material e tecnologia, e os doentes com VMI e alteração do estado de consciência por influencia de sedação porque no SU onde trabalho a maioria dos doentes estão conscientes. Integrei-me conhecendo as normas e procedimentos do serviço, de acolhimento ao doente e família, de controlo e prevenção de infeção, de orientação do estágios em estudantes de mestrado, das escalas de avaliação de doentes usadas (dor, sedação, risco de UPP, risco de quedas), no sentido de proceder conforme as indicações da instituição.

Parcells & Locsin (2011) referem que o enfermeiro deve usar a tecnologia e recolher dela a informação importante, mas o foco do enfermeiro é o cuidar. Boykin & Schoenhofer (2001) defendem que o enfermeiro cuida em virtude dos seus valores e da sua humanidade e ainda que, cada pessoa é completa em cada momento. Neste sentido, Hill (2013) indica que mesmo quando o enfermeiro está a fazer registos utilizando a tecnologia, ele mantém dedicação e intencionalidade na relação com a pessoa. Smith (2011) indica que os cuidados de enfermagem na UCI são, habitualmente, entendidos como cuidados com diversas técnicas invasivas e procedimentos ágeis num ambiente cuja dinâmica exige ações complexas, nas quais a presença da finitude da vida é uma constante. Segundo Castro, Vilelas, & Botelho

(2011) o ambiente tecnológico da UCI tem benefícios no equilíbrio biológico, mas é física e psicologicamente agressivo e é sentido pelos doentes como desagradável. Estes autores ainda acrescentam que na UCI é possível a monitorização e tratamento de doentes críticos, contudo os equipamentos usados e os procedimentos feitos são traumáticos, assim como o ambiente técnico e a sua autoimagem, agressivos do ponto de vista psicológico.

O enfermeiro é o profissional de saúde que intervém na resposta às necessidades da pessoa, particularmente, no alívio físico, ambiental e sociocultural do desconforto provocado por estes estímulos traumáticos. Este ambiente submete a PSC a um estado de vulnerabilidade do ponto de vista da dor, do desconforto e do sofrimento. Benner et al., (2011) descrevem um conjunto de intervenções promotoras de conforto em contexto de cuidados críticos que são: i) o alívio da dor, de sedação e de conforto; ii) a estimulação e o descanso adequados, limitando as interrupções do descanso; iii) a gestão do ambiente técnico; iv) o conforto através da relação entre o enfermeiro e o doente; v) a disponibilidade; vi) o uso de técnicas de relaxamento para limitar o impacto de procedimentos dolorosos; e vii) o conforto pela presença de familiares.

As intervenções de alívio da dor, de sedação e de promoção de conforto são fundamentais. No estágio recorri à escala de Ramsay como instrumento para avaliação da sedação em doentes com VMI, porque os doentes entubados devem estar sedados de forma eficaz para que se mantenham calmos como resposta a todas as agressões a que estão expostos (Mendes et al., 2008). Foi usada a *Behavioral Pain Scale* (BPS), escala comportamental da dor, para avaliar a dor nos doentes com EOT e partir dessa avaliação serem implementadas medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor (Ferreira & Durão, 2016). Ambas as escalas foram usadas para avaliar a sedação e dor e reavaliar após as devidas intervenções de resposta. O uso das escalas é prática comum no serviço de forma diária em todos os turnos para adequar as intervenções terapêuticas nomeadamente administrar analgesia antes de procedimentos potencialmente desconfortáveis e dolorosos como a aspiração de secreções, punções venosas ou arteriais, realização de pensos, a alternância de decúbitos e os cuidados de higiene.

Assim considero que desenvolvi a competência: **faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas.**

Sobre o uso de escalas, Sequeira (2010) indica que cada vez mais é necessário utilizar instrumentos de avaliação como suporte de apoio à tomada de decisão clínica em enfermagem. Ainda George (2000), refere que o processo de enfermagem é um esquema subjacente que propicia ordem e direção ao cuidado de enfermagem, sendo o instrumento e a metodologia da profissão e, como tal, ajuda o enfermeiro a tomar decisões e a avaliar e prever as suas consequências. O uso de uma escala permite a uniformização de linguagem e de práticas, é um recurso e um instrumento que ajuda na avaliação, no planeamento das intervenções e na sua reavaliação. Assim, revelou-se uma ferramenta essencial na gestão de cuidados à PSC. Neste sentido desenvolvi a competência: **avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de estrutura, processo e resultado.**

A estimulação e o descanso adequados assim como a limitação das interrupções do descanso devem ser feitas respeitando as horas das visitas de familiares e de prestação de cuidados como momentos de estimulação e os períodos noturnos como tempo de descanso. Segundo Alves (2016) o descanso é essencial para a recuperação da pessoa devendo, por isso, ser preservado e estimulado e é afetado por aspetos como a luminosidade, o barulho, as intervenções dos profissionais e a dor. Tendo as noções sobre a vivência da pessoa e para dar resposta aos objetivos e finalidades propostos procurei avaliar e intervir no contexto ambiental no que dizia respeito à luminosidade, aos ruídos, aos alarmes dos monitores e equipamentos, do telefone, ao volume da voz, à temperatura da sala e à quantidade de roupa da cama do doente. Considerei importante manter a luz natural durante o dia e luz artificial acesa à noite ou luz apenas para o necessário; ajustar os alarmes de forma individualizada, falar em tom suave, em baixo volume e ajustando a temperatura da sala. Desta forma, tornei o ambiente mais sereno e tranquilo para proporcionar bem-estar e tranquilidade à PSC, promovendo cuidados de enfermagem de conforto e alívio através da gestão do ambiente da UCI. Estas

noções de conforto físico contribuem para um objetivo próprio, o aumento da saúde, do conforto e do bem-estar.

A relação interpessoal no decorrer do processo de cuidados propicia a comunicação terapêutica mais adequada e eficaz (Pontes, Leitão & Ramos, 2008). Em UCI, perante doentes instáveis, com sedação, e por isso com limitação de se expressarem, o enfermeiro deve ter particular atenção para com a avaliação do conforto. A capacidade de confortar surge na relação com o outro e requer confiança, abertura e aceitação (Benner, 2001). Conforme defende Benner et al. (2011) depois de perceber a necessidade do conforto, o enfermeiro deve procurar compreender a situação e ser capaz de imaginar o que é experienciado como conforto. “O enfermeiro deve aprender com a experiência que o toque é confortador, que a conversa acalma, e que a proximidade ou a distância é confortável” (Benner et al., 2011, p. 217). Adicionalmente, Benner (2001) descreve que os enfermeiros usam muitas vezes o toque para reconfortar e estabelecer contacto. O toque é uma forma de abordagem terapêutica que transmite reconforto e estimulação física. Por este meio o enfermeiro promove conforto para o estado de alívio no contexto sociocultural.

Ao longo do estágio cuidei de PSC de uma forma contínua como processo favorecedor do desenvolvimento de competências. Neste sentido, participei nas seguintes atividades cuidados à pessoa com: necessidade de suporte de função respiratória com VNI e com VMI e suporte de função renal por técnica de substituição de função renal; cuidados com os dispositivos de monitorização invasiva da PA e PVC; monitorização de balanço hídrico pelo controlo de diurese, perdas e contabilização das entradas como fluidos, terapêutica e alimentação entérica e nutrição parentérica. De uma forma geral foi um grande desafio cuidar de doentes com tamanha complexidade. Esta prestação de cuidados de forma contínua e gradual, a análise e reflexão sobre a mesma e o suporte da orientadora do estágio permitiram desenvolver competências, concretamente **Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, na gestão dos cuidados** nomeadamente: **presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica; executa cuidados**

técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e ou falência orgânica.

A prevenção e o controlo de infeção são uma preocupação atual porque as IACS dificultam o tratamento adequado do doente e são causa de significativa morbi-mortalidade, assim como de consumo acrescido de recursos hospitalares e comunitários. No entanto, cerca de um terço são, seguramente, evitáveis (DGS, 2013). Esta é uma realidade nos serviços de saúde e, concretamente, na UCI em que toda a equipa está consciente desta problemática e está motivada e empenhada na prestação de cuidados seguros, como indicação da DGS e da própria instituição. É possível observar vários cartazes informativos ao longo do serviço com esquemas e indicações para a prática de cuidados como a lavagem e desinfeção das mãos, cuidados com o doente com VMI. Assim, na prática de cuidados usei os equipamentos de proteção individual indicados para cada situação e procedi à lavagem e desinfeção das mãos conforme os 5 momentos indicados, como a medida mais simples de redução das infeções. Segundo a DGS (2010) a higiene das mãos é uma das medidas mais simples e mais efetivas na redução das IACS. É certo que a transmissão de microrganismos entre os profissionais e os doentes, e entre doentes através das mãos, é uma realidade. Na maioria dos casos de transmissão cruzada de infeção, as mãos dos profissionais de saúde são a fonte ou o veículo para a transmissão de microrganismos da pele do doente para as mucosas (tracto respiratório) ou para locais do corpo usualmente estéreis (sangue, líquido céfalo-raquidiano, líquido pleural) e de outros doentes ou do ambiente contaminado (DGS, 2013). Com esta preocupação com os cuidados de prevenção e controlo de IACS, na prestação direta de cuidados à pessoa com VMI agi conforme as indicações: manutenção da cabeceira do leito em ângulo $\geq 30^\circ$; evitar momentos de posição supina e, registando no processo clínico; manter pressão do balão do tubo endotraqueal entre 20 e 30 cmH₂O; realizar higiene oral com gluconato de clorhexidina a 0,2%, pelo menos 3 vezes por dia; manter circuitos ventilatórios, substituindo-os apenas quando visivelmente sujos ou não funcionantes; parar a perfusão do sistema de alimentação entérica em situação de colocar cabeceira a 0° (DGS, 2015a). Desta forma, desenvolvi a competência: **demonstra conhecimento**

do Plano Nacional de Controlo de Infecção e das diretivas das Comissões de Controlo da Infecção.

Sørensen, Frederiksen, Grøfte, & Lomborg (2013) defendem que a partilha de experiências clínicas e do pensamento em enfermagem podem ajudar a otimizar o desenvolvimento profissional contínuo e a formar os enfermeiros. É fundamental a experiência e o treino dos profissionais de saúde e uma equipa qualificada (Carron et al., 2013; De Silva, 2009; Ferreira et al., 2009; Hess, 2013; Rose & Gerditz, 2009).

"As enfermeiras peritas podem aprender muito a partir das máximas/indicações padrão, que vão transmitindo umas às outras" (Benner, 2001, p. 39). Com base nestes conceitos privilegiei o diálogo com enfermeiros peritos na área de PSC e particularmente no doente com VNI. Nesta equipa encontrei enfermeiros dedicados com treino e experiência em VNI. Por isso, junto da enfermeira orientadora clínica e outros enfermeiros peritos na área, procurei partilhar conhecimentos e dúvidas de forma a discutir estas problemáticas. Fiquei a saber a experiência da equipa sobre o uso da VNI em doentes com pneumonia por *Legionella*. Houve um elevado número de doentes com esta patologia e com quadros de IRA com necessidade de suporte ventilatório e limitação do número de ventiladores para VMI. Por isso, foi usada a VNI e devido a agitação psico-motora houve necessidade de uso de sedação em doses baixas e a exigência de maior monitorização por parte da equipa para vigiar o estado de consciência e o padrão respiratório. Esta foi uma experiência de sucesso na equipa.

No âmbito dos cuidados à PSC com VNI e cuidados de conforto em particular, foi fundamental colocar estes cuidados de forma concreta na prática. Presenciei uma situação em que, uma utente com VNI e história de vômitos, já tinha sido treinada para saber retirar a máscara nessas situações. A história de vômito pode ser contraindicação para o uso de VNI, mas a doente estava perfeitamente consciente e participativa nos cuidados. Quando iniciou a VNI foi-lhe explicado como retirar a máscara oronasal, em caso de náusea acentuada e vômito. Assisti a utente a ter o reflexo de vômito e a ser capaz de retirar a máscara, de forma a não aspirar o conteúdo alimentar para a via aérea. Ainda assim, ajudei a remover a máscara mais rápido. De Silva (2009) refere que o utente deve ser instruído a saber retirar a

máscara em caso de expetoração ou vômito. Assim, foi possível intervir antecipadamente numa das complicações da VNI, através da parceria de cuidados com a pessoa. Esta situação ocorreu devido a um conjunto de fatores positivos como a equipa treinada e com experiência, a utente participativa e a vigilância da equipa.

Benner (2004) refere que as necessidades de conforto podem passar por encontrar-se num estado confortável ou aliviar o desconforto. Este resultado esperado é apropriado quando a condição mais desejável é que o doente se sinta capaz ou que o conforto proporcione uma redução do *stress* e do mal-estar causado pela angústia da doença, da fraqueza ou da lesão provocada por um dispositivo médico, concretamente como a interface ou o fluxo de ar no uso de VNI. Confortar os doentes inclui oferecer apoio social, emocional, físico e espiritual. O conforto do toque terapêutico, o consolo e estar presente e disponível para o doente representam medidas de conforto importantes (Benner, 2004).

De acordo com a teoria de Benner (2001), este estágio proporcionou vivências significativas de forma a trazer-me ferramentas no desenvolvimento de competências e solidificar o estado de **competente** também em contexto de UCI porque também neste contexto fui capaz de antecipar necessidades e complicações, foquei-me nos problemas reais e nas necessidades atuais, pude planear os cuidados de forma objetiva e eficiente e em situações inesperadas consegui ter maleabilidade na mobilização de recursos para a sua resolução.

2.2 Cuidar da Pessoa em Situação Crítica na UCI Polivalente

O estágio decorreu entre 23 de novembro de 2015 e 16 de janeiro de 2016, em 18 turnos, com horário rotativo pelas 24 horas (turnos de manhã, tarde e noite). Tive a oportunidade de promover uma sessão de formação como momento de partilha de experiências e reflexão com os enfermeiros do hospital, particularmente, da UCI e do SU. Os objetivos específicos para este estágio foram idênticos ao

estágio anterior, dando assim continuidade ao desenvolvimento de competências especializadas no contexto de UCI.

A UCI Polivalente tem uma equipa multidisciplinar e está equipada com meios de suporte avançado de vida e monitorização, permitindo suporte das funções vitais. Dispõe de cinco camas, quatro em unidade aberta e uma de isolamento com pressão negativa. Recebe doentes provenientes do SU, do BO, dos serviços de internamento bem como de outras unidades hospitalares. Recentemente toda a equipa teve formação específica na área da PSC com VNI e, por isso, tem os conhecimentos teóricos e práticos sobre os cuidados à pessoa com VNI e presta cuidados individualizados a cada utente atendendo a fatores cruciais como a escolha da interface, os momentos de alívio da pressão da máscara na face, o uso de dois modelos de máscaras diferentes para alívio das zonas de pressão, o processo de adaptação do utente ao ventilador e necessidade de ajuste de parâmetros.

Tive o período de integração ao serviço facilitado pela experiência do estágio anterior e por atividades como trabalhar em equipa multidisciplinar, partilha de informação, comunicação clara, confiança, respeito, cooperação, trabalhando para um objetivo comum que são os melhores cuidados ao utente, ocorrendo nas passagens de turno momentos de reflexão sobre os cuidados e discussão de situações de cuidados.

Neste estágio senti-me mais confiante, com uma "bagagem" maior face ao contexto e com uma perceção mais global, fazendo uma planificação dos cuidados muito mais antecipada e estruturada.

Ao longo dos turnos cuidei da PSC com diagnóstico de choque séptico, choque hipovolémico apresentando anemia grave em contexto cirúrgico e médico, necessidade de aporte transfusional, situações de internamentos prolongados e casos com necessidade de escalar antibioterapia. Nestas situações prestei cuidados de enfermagem na resposta às necessidades da PSC que apresentava do ponto de vista físico, falência orgânica, com um vasto plano terapêutico dinâmico. Como tal, desenvolvi a competência: **gere a administração de protocolos terapêuticos**

complexos demonstrando o diagnostico precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos, implementando respostas de enfermagem apropriadas às complicações e monitorizei e avaliei a adequação das respostas aos problemas identificados.

No âmbito das medidas de prevenção e controlo de infeção, em casos de isolamento de contacto ou de via aérea, perante doentes infetados e com tal indicação, procedi em conformidade com as normas da instituição e da DGS. Nestas situações o enfermeiro assume um papel fundamental em garantir que estas medidas são tomadas por todas as pessoas que contactam com o doente, como a família e, individualmente, para evitar a infeção cruzada, porque é o profissional com mais contactos com o doente.

Na admissão de doente que se previa que iria ficar mais de 48 horas na UCI, adoptei as medidas de controlo e prevenção de infeção protocoladas, que são: a pesquisa de a colonização por *Staphylococcus aureus* resistente à Meticilina (MRSA) através de zaragatoa nasal e amostra de ferida cutânea (caso tenha). Era iniciado isolamento de contacto preventivo até se conhecer o resultado da análise (DGS, 2015b). Nos doentes a quem prestei cuidados, internados por um tempo previsível superior a 48 horas, fiz os cuidados de higiene corporal (incluindo o couro cabeludo e excetuando a face) com gluconato de clorhexidina a 2% em toalhetes, pelo menos, nos primeiros 5 dias após admissão, segundo norma (DGS, 2015b). Por isso, considero que desenvolvi a competência: **maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.**

As percepções negativas da PSC internada numa UCI são de a morte, distúrbios cognitivos e de desconforto devido à presença de dispositivos invasivos, restrições que afetam o movimento, a incapacidade de falar, a sede, o ruído, dificuldade em dormir, a dor, a ansiedade e o medo (Castro et al., 2011). Como resposta a estas percepções o enfermeiro deve procurar prestar cuidados de conforto nas suas dimensões de alívio, tranquilidade e transcendência através da

relação terapêutica estabelecida em que demonstra segurança pela sua presença constante e confiança na sua prestação de cuidados de forma holística para corrigir estes desconfortos e promover o bem-estar e acima de tudo conforto que concorre diretamente para a melhoria do estado de saúde da pessoa (Kolcaba, 2010).

O tempo de permanência prolongado do doente na UCI exige um cuidado à família com acompanhamento e comunicação constantes. Senti que são momentos particularmente difíceis quando se trata de situações de prognóstico muito reservado. Este estágio promoveu a participação na comunicação constante com as famílias, o estabelecimento de uma relação terapêutica contínua e próxima e em alguns casos a comunicação de más notícias. Senti que estas situações são difíceis para toda a equipa por um conjunto de decisão. Tive a noção de que o trabalho de preparação da família para a possibilidade de morte do seu familiar não tinha sido totalmente feito previamente, numa situação em particular. Isto implica que algumas informação têm de ser dadas de forma mais repentina. Desta forma, não é confortável para nenhuma das partes. Quando os familiares são os recetores de cuidados exigem informação e acompanhamento por parte dos profissionais, de forma a reunirem as melhores condições para lidarem com a situação/problema (Siqueira et al., 2006, citado por Mendes, 2015). Pude desenvolver competências em técnicas de comunicação verbal e não-verbal perante o doente e família em situação crítica através dos cuidados em cada turno. Neste sentido, desenvolvi a competência: **gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica.**

Plácido (2014) refere que através da relação terapêutica estabelecida a família é estimulada a perceber e a gerir as dificuldades e problemas. Na relação estabelecida demonstrei disponibilidade, questionei sobre dúvidas e procurei esclarece-las, adequei o discurso no que se refere ao conteúdo, não usando termos técnicos, comuniquei de forma simples e objetiva, com base na assertividade e na verdade, validando a informação e comunicação não verbal revelada pela família, transmiti esperança de forma realista. Desenvolvi uma adaptação da comunicação à complexidade do estado de saúde do doente em situação crítica, sendo realista através do uso com base na verdade, e presença junto dos familiares em situações de eminência ou ocorrência de morte, promovi espaço para o silêncio, para a gestão

de sentimentos de ansiedade, de medo e processos de morte e luto e comuniquei as más notícias segundo o protocolo SPIKES (Pereira, Fortes, & Mendes, 2013). SPIKES indica “*Setting up the Interview, Perception, Invitacion, Knowledge, Emotions e Strategy*” cada um destes pontos contempla cuidados a assegurar. A situação começa com a preparação do ambiente de modo a proporcionar privacidade, conforto e disponibilidade, porque é preciso proporcionar um ambiente tranquilo, em privado e sem a possibilidade de interrupções. É necessário verificar a perceção em relação à situação, obter informação sobre o desejo de informação, saber se a informação é fornecida adequadamente à pessoa e seus familiares. A má notícia deve ser partilhada com delicadeza. É essencial reconhecer as emoções e reações da pessoa e sua família (Pereira et al., 2013). O profissional pode minimizar a ansiedade da pessoa resumindo as informações que têm sido apresentadas numa linguagem que a pessoa pode facilmente compreender e formulando um plano estratégico de novas intervenções (Pereira et al., 2013). Deste modo desenvolvi as competências: **assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica; e gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.**

Fui sentindo a necessidade de partilhar com os pares a informação da revisão da literatura feita. Com o objetivo de promover a reflexão e análise das práticas e melhoria dos cuidados prestados promovi uma sessão de partilha de conhecimentos com a equipa de enfermagem da UCI e do SU do hospital. O documento de planeamento da sessão de formação está em apêndice (apêndice V). A preparação da sessão exigiu a revisão da literatura e a construção de um guião de suporte à apresentação *power point*, com base nas áreas de cuidados promotores de conforto e respetivos cuidados. A construção da sessão proporcionou-me a análise sobre as práticas de cuidados de conforto ao doente com VNI e uma sistematização dos cuidados. No decorrer da sessão senti que esta teve efeitos muito positivos porque acrescentou intervenções terapêuticas à prática, demonstrou interesse e motivação, gerou a discussão sobre os cuidados prestados, foram colocadas dúvidas e questões sobre o tema. Abreu (2007) refere que a formação em contexto clínico permite o desenvolvimento de competências clínicas (gerais e especializadas), a

integração da teoria prática, a criação de disposições para a investigação, a socialização profissional e a formação da identidade profissional, através da sucessão de experiências socioclínicas e da identificação de “modelos” profissionais. Considero, ainda, que a formação foi um momento que demonstrou interesse e motivação dos enfermeiros pela participação na sessão e pelas questões apresentadas, assim como, fez sentido a ligação da teoria do conforto explicitada nas intervenções de enfermagem.

À luz da teoria de Benner (2001), tendo em conta a experiência profissional e estes dois estágios em UCI, senti que evolui para o estado **proficiente** sendo capaz de ter percepção das situações na globalidade e não apenas como atos isolados, guiar a prática clínica por máximas, melhorar a minha percepção, ter uma perspetiva das situações gerada pela experiência e por acontecimentos e situações recentes. Sou capaz de orientar o meu raciocínio para os problemas reais e necessidades e não apenas para as possibilidades, em termos da prestação de cuidados, face a um doente reconhecer que sou capaz que identificar a sua deterioração mesmo antes da alteração do seu estado de consciência ou dos sinais vitais. Adicionalmente, demonstrar que reconheço as situações de forma a que perspetivo o que pode acontecer em determinada situação, com base na experiência anterior semelhante e, por isso, melhorar o processo de tomada de decisão e, ainda, mobilizar todos os recursos em resposta a situações inesperadas.

2.3 Cuidar da Pessoa em Situação Crítica no Serviço de Urgência Polivalente

O estágio correspondeu ao período de 18 de janeiro a 12 de fevereiro de 2016, durante 4 semanas, com horário rotativo pelas 24 horas (turnos de manhã, tarde e noite) e os objetivos específicos foram:

- Integrar a equipa interdisciplinar;
- Desenvolver competências especializadas no cuidado da PSC no SUP;
- Promover um padrão respiratório eficaz na pessoa com necessidade de VNI no SU;
- Aplicar a Teoria de Conforto na prestação de cuidados.

O SUP é o serviço de urgência com maior grau de diferenciação, com mais recursos, especialidades médicas e recursos técnicos, para responder a situações emergentes e mais complexas (Ministério da Saúde, 2014).

O serviço escolhido recebe cerca de 500 doentes por dia e está fisicamente dividido por áreas distintas: uma área com quatro gabinetes de triagem, duas salas de reanimação num total de 3 vagas para doentes com VMI, a área de laranjas, a área de verdes, a área de amarelos, o balcão de cirurgia com gabinetes de pequena cirurgia, a sala de doentes respiratórios, o gabinete de ortopedia, de oftalmologia, de otorrinolaringologia, de psiquiatria e a Serviço de Observação (SO) com capacidade para 16 doentes.

Após a admissão, o doente é triado pelo enfermeiro segundo o protocolo de Triagem de Manchester com base no pensamento crítico e na tomada de decisão - "A Triagem no Serviço de Urgência tem como objetivo único priorizar os doentes consoante a gravidade clínica com que se apresentam no Serviço" (Grupo Português de Triagem, 2009, p. 9). Este protocolo incide sobre a queixa do utente e avalia sinais de gravidade, após a mesma o utente é devidamente encaminhado para a área de espera e especialidade que o irá observar. A triagem é dinâmica e está prevista a reavaliação dos doentes quer por agravamento das queixas ou por aumento do tempo de espera além do tempo alvo, salvaguardando sempre a segurança do doente. Os doentes emergentes ou muito urgentes com necessidade de intervenção imediata entram diretos para a sala de reanimação.

O método de trabalho é em equipa, sendo que em cada turno dois enfermeiros têm funções de chefia de equipa, um elemento fica responsável pela coordenação do SO e outro responsável pelos restantes setores do serviço. Tendo em conta a minha experiência e os objetivos para os estágios procurei prestar cuidados na sala de reanimação, no SO e no acompanhando o enfermeiro de coordenação no SO e chefia de equipa.

Ao acompanhar o chefe de equipa pude observar e compreender algumas funções e atitudes como: distribuição dos elementos pelos postos de trabalho, perceber dificuldades e limitações sentidas do turno anterior; limitações e

dificuldades de alguns elementos para adequar conforme possível o posto de trabalho e ajuda durante o turno; gestão de emoções; gestão de conflitos; dar reforço positivo; agradecimento pelo esforço e trabalho feito em contexto difíceis; manter assertividade nas relações interpessoais; demonstrar preocupação constante com a equipa e nível de trabalho em cada posto constantemente de forma a mobilizar elementos para otimizar a resposta da equipa, ligação privilegiada com equipa médica das várias especialidades para agilizar a situação do doente e identificar situações pendentes. Considero que no SU é essencial o trabalho em equipa com todos os elementos de várias profissões que lá desempenham funções. No trabalho em equipa deve haver uma gestão no sentido de integrar as capacidades e características individuais, numa capacidade coletiva para produzir resultados mais efetivos e eficientes. Segundo Abreu et al., (2005) o foco do trabalho em equipa é baseado no esforço coletivo, na busca de objetivos e nas metas comuns, numa ambiente de confiança, respeito, cooperação, comunicação aberta e clara entre os seus membros. Na sala de reanimação, em situações de entrada de um doente crítico com risco de vida ou quando em SO havia um agravamento severo do estado clínico foi mais evidente o trabalho em equipa baseado no respeito e na confiança de todos os profissionais e o esforço e cooperação em conjunto em que se mobilizavam os recursos e a comunicação assertiva foi essencial. Nestas situações senti-me um membro ativo da equipa de cuidados mobilizando também outros elementos da quipá multiprofissional conforme as necessidades. Assim, considero que desenvolvi a competência: **gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional.**

A prática de enfermagem de urgência reúne, como nenhuma outra, competências gerais e especializadas de avaliação, intervenção e tratamento (Howard & Steinmann, 2011). Na prestação de cuidados de enfermagem perante a PSC na sala de reanimação desenvolvi competências na gestão de prioridades perante dois doentes entrados simultaneamente, na gestão de prioridades na avaliação da PSC segundo o método ABCDE, e funções em situações de trabalho em equipa segundo os conhecimentos de SAV. Ainda na sala de reanimação cuidei da PSC vítima de trauma segundo a metodologia ABCDE no intuito de identificar focos de instabilidades, corrigir os problemas possíveis e transferir para a unidade

de cuidados definitivos, conforme as aprendizagens desenvolvidas no Advanced Trauma Care for Nurses (ATCN®). Nestas situações, há necessidade de cuidados técnicos e exposição corporal, a exigência de tomar decisões rápidas, decisões informadas, tomar decisões com consentimento informado da pessoa, é um espaço físico de prestação de cuidados com muitos profissionais, enfermeiros, médicos, técnicos de imagiologia ou eletrocardiografia, bombeiros, e de "porta aberta", com vários doentes entrados simultaneamente procurei respeitar a privacidade da pessoa e o corpo. Senti que essa era, sem dúvida, uma função minha enquanto enfermeira. O Código Deontológico descreve sobre o respeito pela intimidade o dever de "salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa" (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005, p. 121). Desta forma, demonstrei a competência: **promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.**

Alminhas (2007) refere que “Cuidar no Serviço de Urgência implica ser capaz de criar um clima de confiança, escutar, é muito mais do que saber usar conhecimentos técnico-científicos é, acima de tudo, saber respeitar a individualidade do doente” (p. 60), é saber respeitar a sua decisão sobre a sua saúde. Apesar de toda a agitação característica do SU, o elevado número de doentes em situação urgente, necessidade de procedimentos com perícia técnica, horários e tempos a cumprir, verifiquei que os enfermeiros cuidam de pessoas respeitando as suas decisões, as suas crenças e valores, mesmo em situações críticas, presenciei cuidados de parceria. Recordo a situação de um doente com uma anemia grave, por motivos religiosos e pessoais, recusou que lhe fosse administrado concentrado de eritrócitos na presença da família e aceitava na sua ausência, e esta informação estava descrita em diário clínico. Nesta situação foi respeitado o princípio da autonomia e da liberdade e respeitados os valores humanos nomeadamente o respeito pela sua opção religiosa. Assim, as duas unidades de concentrado de eritrócitos foram administradas conforme pedido do doente, e tudo registado no diário clínico. O Código Deontológico do Enfermeiro indica no artigo 78.º "As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro" (Nunes, Amaral,

Gonçalves, 2005, p. 59). Refere também que os princípios da liberdade e da dignidade humanas prendem-se com a autonomia. Esta situação demonstra a competência: **desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.**

Ao prestar cuidados incluí sempre que possível a família, acompanhando na hora da visita dando a informação adequada sobre o estado do doente, recolhendo a informação necessária, avaliado a família, esclarecendo dúvidas, mobilizando os recursos necessários para o tempo de permanência na unidade hospitalar mostrando-me disponível.

Benner (2001) enumerou uma lista de oito competências inerentes à função de ajuda que o enfermeiro perito deve desenvolver, designadamente: tomar medidas para assegurar o conforto do doente e preservar a sua personalidade face à dor e a um estado de fraqueza extrema; a presença junto do doente; interpretar os diferentes tipos de dor e escolher as estratégias mais apropriadas para as controlar e gerir; reconfortar e comunicar pelo toque; promover apoio emocional; e informar as famílias dos doentes. A autora refere também que estas competências oferecem esperança, facilitam o processo de recuperação e trazem paz aos doentes. Transmitem a arte da enfermagem e correspondem a habilidades não técnicas que são importantes para um perito em enfermagem (Benner, 2001). Num estudo realizado por Hawley (2000) foram identificadas cinco categorias de atividades de enfermagem promotoras de conforto no SU percecionadas pelos utentes que são: a competência técnica e os cuidados físicos imediatos, o diálogo positivo, a vigilância, a resposta ao desconforto físico e o acompanhamento da família. Estando de acordo com o autor, acrescento que muitos dos cuidados prestados pelo enfermeiro fazem a diferença no sentido do conforto do doente, promovendo a adesão à estratégia terapêutica, e têm pouca visibilidade nos registos e para com os demais profissionais e família. Refiro-me à colocação de um cobertor, ajustar a almofada, elevar a cabeceira, oferecer água ou promover um contacto telefónico importante para que o doente possa orientar situações da vida quotidiana ou simplesmente ouvir a voz da esposa ou dos filhos e explicar como está. Em concordância, estes cuidados são demonstrados, maioritariamente, por enfermeiros peritos.

Cada vez mais a VNI é uma opção terapêutica nos SU, demonstrada como segura e eficiente, por isso são essenciais os cuidados de adaptação e manutenção (Asseiro & Beirão, 2012). Cuidei do doente com dispneia, taquipneia, respiração paradoxal, ligeira HTA, pele cianosada e fria, transportado pelos bombeiros, na sua admissão em sala de reanimação procedendo à avaliação e monitorização inicial. Após esta avaliação identificou-se necessidade de VNI. O utente apesar de tudo estava consciente da situação e aceitou bem o início da VNI, tendo ficado bem adaptado e com sinais claros de melhoria. Rose & Gerdtz (2009) indicam que o início bem-sucedido da VNI depende da aceitação e tolerância do doente. Ao iniciar a VNI, a utilização de uma máscara adequada e dimensionada para o utente e a manutenção da máscara apenas encostada à face, antes de a fixar, antes de iniciar a VNI aumenta a tolerância. Ao iniciar a VNI houve a explicação ao doente do procedimento e os benefícios; montagem do sistema, escolha adequada da interface, verificação dos parâmetros; aplicação gradual da VNI conforme a literatura. Ferreira et al. (2009) descrevem a seleção criteriosa dos utentes, o início oportuno, o tipo de abordagem ao utente, o equipamento e o local apropriados, interfaces adequadas e confortáveis e, principalmente, o treino da equipa para esta técnica como os fatores chave para o sucesso da VNI. Apesar deste ser um exemplo de sucesso, muitas vezes, os utentes estão agitados e confusos e é necessário maior vigilância e persistência do enfermeiro para promover a adesão e adaptação.

Hitch (2014) num estudo qualitativo descritivo, que observou enfermeiras durante a prestação de cuidados a pessoas com a VNI revelou que foram encontradas evidências de que as enfermeiras experientes (com cinco anos de experiência de trabalho) demonstram uma ampla e complexa compreensão da importância da colaboração da enfermeira com o doente durante o uso de VNI.

Com o objetivo de promover a reflexão e análise das práticas e melhoria dos cuidados prestados à PSC submetida a VNI desenvolvi também uma sessão de partilha de conhecimentos com a equipa de enfermagem do SUP. O documento de planeamento da sessão de formação está em apêndice (apêndice VI). Segundo Alarcão (1996) a reflexão sobre a prática surge como uma estratégia possível para a aquisição do Saber profissional. Esta abordagem permite uma integração entre a

teoria e a prática e desafia a reconsideração dos saberes científicos com vista a apresentação pedagógica (Alarcão, 1996). Através da realização da sessão considero que participei na promoção de boas práticas e na qualidade dos cuidados prestados na área dos cuidados de enfermagem *com* a PSC submetida a VNI. No decorrer deste percurso considero que é fundamental uma postura reflexiva, com base em conhecimentos atualizados, científicos, técnicos, e relacionais capazes de mobilizarem a equipa de enfermagem. A construção da formação foi com base na revisão da literatura feita (tendo por base os princípios do processo de investigação) e nas áreas de cuidados de conforto sistematizados. Assim, a formação realizada foi uma forma de **expor com clareza e argumentar os resultados de um raciocínio próprio** bem como **demonstrar um nível aprofundado de conhecimento na área**.

2.4 Cuidar da Pessoa em Situação Crítica no Pré-Hospitalar

O estágio com a equipa de VMER de um hospital de Lisboa decorreu de 15 de fevereiro a 4 de março de 2016 num total de 10 turnos entre manhã e tarde, com os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver competências especializadas no cuidado da PSC no PH;
- Intervir nos cuidados especializados à PSC com VNI no PH;
- Promover cuidados de conforto com a PSC com VNI no PH;
- Compreender a intervenção do enfermeiro no planeamento de resposta para situações de catástrofe ou emergência multivítimas.

O estágio em contexto PH surgiu da motivação de cuidar da PSC por situação de doença súbita ou trauma, desde os primeiros sinais e sintomas, num ambiente não controlado e com poucos recursos. A maior motivação está inerente ao meu percurso profissional, académico e pessoal.

A VMER é um recurso de intervenção em contexto PH com o objetivo do transporte rápido de uma equipa médica, constituída por um enfermeiro perito na área de urgência e emergência e um médico, até junto do doente levando equipamento de SAV para estabilização do doente e acompanhamento médico

durante o transporte, para casos de acidente, doença súbita ou situações de emergência. Esta equipa atua na dependência direta dos CODU (INEM, 2009).

O enfermeiro em funções para o INEM tem como conteúdo funcional a prestação de cuidados à PSC e família enquanto alvo do sistema de socorro PH na vertente medicalizada, e prevê o enfermeiro como coordenador, gestor e consultor inserido no Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) conforme o Despacho Normativo nº 46 de 19 de Outubro (Diário da República, 2005). Segundo a OE (2007) sobre a atuação do enfermeiro no PH, afirma que o enfermeiro tem formação humana, técnica e científica apropriada para a prestação de cuidados em qualquer situação, nomeadamente em contexto de maior complexidade e constrangimento, sendo detentor de competências específicas que lhe permitem atuar de forma autónoma e interdependente, integrado na equipa de intervenção de emergência, em articulação com os CODU e no respeito pelas normas e orientações internacionalmente aceites. A OE é firme ao assegurar que:

só o enfermeiro pode assegurar os cuidados de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, em situação de acidente e/ou doença súbita, da qual poderá resultar a falência de uma ou mais funções vitais, pelo que deve integrar obrigatoriamente a equipa de socorro pré-hospitalar (OE, 2007, p.1).

Segundo o Manual VMER (INEM, 2010) são critérios de ativação deste meio: i) PCR; ii) vítima inconsciente; iii) PA sistólica inferior a 100 mmHg; iv) frequência cardíaca inferior a 50 batimentos/ minuto ou superior a 100 batimentos/minuto b; v) dispneia intensa; vi) sudorese ou palidez; vii) agitação ou ansiedade marcada; e viii) dor precordial.

No decorrer deste estágio a equipa foi ativada, maioritariamente, para situações de dor torácica, dispneia, alteração do estado de consciência e vítima inconsciente. Tive cerca de 2 turnos como integração à dinâmica da equipa, organização na avaliação dos doentes, material disponível. Este processo foi facilitado pela minha experiência prévia em PH. Foram turnos, maioritariamente, com muitos serviços, e exigentes para a equipa do ponto de vista de intervenções técnicas como competências comunicacionais e emocionais.

Destaco uma situação cujo motivo de chamada foi dor torácica. A pessoa estava instável apresentando bradicardia, hipotensão, palidez, dor torácica e o eletrocardiograma tinha alterações importantes, por isso, foi articulado com o CODU e o serviço de destino a situação da vítima. Foi informada a família de que era uma situação crítica. Nesta ocorrência houve a necessidade de administrar terapêutica para garantir a estabilidade mínima para o transporte até ao hospital. Foi necessário estabilizar a pessoa para conseguir transferi-la para a ambulância. Após o início do transporte, a vítima fez PCR e foram iniciadas manobras de Suporte Básico de Vida (SBV) e SAV que se prolongaram até ao hospital. Nesta situação houve necessidade de administrar terapêutica como atropina, adrenalina, noradrenalina, soroterapia, preciso gerir a situação de forma a manter a segurança, foi necessário avaliar constantemente a vítima, gerir toda a equipa e os recursos materiais. O doente deu entrada no serviço de destino em manobras de SBV e SAV. Foi uma situação exigente do ponto de vista de conhecimentos teóricos, perícia técnica, monitorização ao segundo, gestão de recursos, e dinâmica em que toda a equipa trabalhou em conjunto e senti-me satisfeita por ter participado ativamente nos cuidados.

Nas ocorrências para as quais a VMER foi acionada, destaco uma situação de um atropelamento de uma jovem 23 anos, com Trauma Crânio-Encefálico, com otorragia direita, alteração do estado de consciência com avaliação na escala de *Glasgow* com score 14 para 8, anisocoria e história de crise convulsiva presenciada. Devidamente imobilizada foi prontamente monitorizada, EOT e iniciada ventilação assistida com insuflador manual, puncionado acesso venoso periférico e iniciada administração de soro fisiológico e sedoanalgesia. A médica contactou o CODU a informar que iria levar uma PSC vítima de trauma ventilada para o SUP mais próximo e foi informada a família presente que a doente estava numa situação crítica e ia ser transportada para o hospital. Foi feito o transporte para a unidade hospitalar com SUP com os devidos cuidados e sem intercorrências. Nesta ocorrência prestei cuidados de forma ativa, tudo aconteceu muito rápido, era uma emergência médica e foi necessário uma intervenção eficiente da equipa para garantir uma via aérea permeável e uma boa ventilação numa situação em que havia claramente uma disfunção neurológica devido ao trauma.

No decorrer das situações acima referenciadas percebi efetivamente a avaliação e resposta eficaz que a equipa tem de prestar através da estabilização da situação e garantindo a segurança de todos. A transferência dos doentes no SU ou instituição que recebe o doentes é essencial para assegurar a continuidade de cuidados. Assim, considero que desenvolvi as competências: **presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica** porque **identifiquei prontamente focos de instabilidade, respondi de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade e demonstrei conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida.**

Em ocorrências para PCR, na maioria dos casos a pessoa estava morta à nossa chegada. Nestas situações é necessário, muitas vezes a equipa dar a notícia de morte à família e segundo Gonçalves (2012) é um momento de potencial ansiedade para a equipa porque não há relação prévia com aquela família, existe pouco tempo para um discurso estruturado e a notícia é dada de forma breve, porque a prioridade é cuidar da PSC e/ou ser um recurso SAV disponível, e se necessário podem ser ativados outros meios do INEM como apoio psicológico. Estas ideias são contrárias às apresentadas anteriormente, em que o momento de comunicação de más notícias deve ser planeado, com tempo e com privacidade. A realidade, que pude verificar, é que a equipa da VMER tem a função de comunicação de más notícias e deve cumpri-la da melhor forma. Ainda Gonçalves (2012), refere que o enfermeiro garante um cuidar humanista nestes momentos. Assim, foram contributos para o desenvolvimento da competência: **gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.**

De entre o conjunto de material e equipamento, a VMER dispõe de um dispositivo que permite fazer VNI com modo CPAP. Este pode ser gerado com uma fonte de oxigénio simples através de uma máscara hermética com uma válvula PEEP ou uma máscara *Boussignac®*, que mantém uma quantidade de ar nos pulmões ao expirar. A pressão intratorácica positiva contínua recruta os alvéolos colapsados e aumenta a capacidade residual funcional e a *compliance* pulmonar, melhorando a oxigenação e o trabalho respiratório. Ainda assim, é difícil controlar a

quantidade de oxigénio inspirado (Mas & Masip, 2014). Os mesmos autores indicam como vantagens deste dispositivo ser fácil de montar e aplicar, ser portátil e fácil de manipular, económico, e de manutenção simples. Como desvantagens é necessário oxigénio a alto débito para atingir uma pressão elevada contínua na via aérea (CPAP) o que pode agravar situações de hiperoxigenação ou DPOC com hipercápnia (mais ou menos grave), as máscaras são pouco ajustáveis, e não é possível ajustar a pressão ou outros parâmetros ventilatórios. A VNI é usada no PH com resultados muito semelhantes aos de doentes internados no hospital (Hill, 2009).

A aplicação da VNI no PH reduz a necessidade de EOT e aponta para uma redução risco de mortalidade em comparação com a terapêutica médica padrão no tratamento de doentes com EAP. Além de que pelos estudos incluídos, o uso de VNI nestes contextos não apresenta efeitos adversos (Alves, 2014). Hill (2009), indica que os atrasos no início da VNI podem comprometer a situação clínica em condições que evoluem rapidamente, como EAP cardiogénico, portanto, as equipas têm de ter o equipamento para a VNI prontamente a ser usado. Bruge et al., (2008) descrevem um estudo prospetivo de dois anos com o objetivo de avaliar a taxa de falha da VNI, as dificuldades e os fatores preditivos de falha. Este estudo incluiu 138 utentes tratados com CPAP no PH, 56% tinham ICD, 28% apresentavam DPOC e 16% com IRA de outras causas. A taxa global de falha de CPAP foi de 26%, e foram identificados como fatores de risco para falha a DPOC, a IRA de outras causas e as fugas de ar. No PH a taxa de falha de CPAP foi comparável à de utentes semelhantes internados no hospital e tratados com VNI.

Descrevo um caso relacionado com IRA - uma senhora de 80 anos com dificuldade respiratória com antecedentes de insuficiência cardíaca congestiva. A senhora estava confusa, com dispneia, com respiração paradoxal, saturações periféricas de 80%, sinais de cianose periférica, taquicardia e HTA, com sudorese em posição de sentada no sofá. O conforto do utente e a sua reavaliação são essenciais para um bom resultado bem como a sincronia do doente com o ventilador (Royal College of Physicians et al., 2008). Em posição de *fowler*, com o uso de almofadas, mais confortável, foi montado o material e colocado o *boussignac* e

aplicada a máscara oronasal, com oxigénio a 30L/minuto e regulado o debitómetro. A equipa manteve-se atenta à vigilância e monitorização da utente. Foi informada a família. Após os sinais de estabilização a senhora foi transportada para o SUP da área, sem intercorrências. Ferreira et al. (2009) afirmam que a VNI deve ser instituída por profissionais treinados e com conhecimento dos fatores preditivos de insucesso, com seleção criteriosa dos clientes, em unidades próprias, com monitorização apertada, com materiais e equipamentos organizados e adequados, de modo a garantir o sucesso desta terapêutica. O enfermeiro que tripula a VMER bem como o médico, são elementos peritos e com larga experiência nos cuidados à PSC.

Durante o período do estágio fui compreender junto do enfermeiro qual a atuação do INEM e, concretamente, da VMER em casos multivítimas ou situações de exceção. Tive conhecimento da forma de ativação por parte do CODU, do protocolo de triagem que é feito no local, do material para usar em situação de catástrofe ou emergência multivítimas e da forma como a equipa se deve articular com os restantes meios de emergência. Assim, estes foram contributos para o desenvolvimento das competências: **planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multivítimas ou catástrofe e gere os cuidados em situações de emergência e ou catástrofe.**

De todas as situações apresentadas ao longo dos estágios destaco o ambiente tecnológico de UCI, cuidar da PSC na UCI, a relação e comunicação com a pessoa e família em UCI, os cuidados de conforto da PSC com VNI, o compromisso e desafio da prestação de cuidados conforme as indicações de prevenção e controle e infeção emanadas pela DGS e específicas de cada serviço, a gestão da equipa no SUP, a construção e realização da sessão de formação. Ainda, o desafio de ser o primeiro meio de socorro a chegar à vítima potencialmente PSC e avaliar, estabilizar/corrigir, vigiar e transferir para a unidade adequada com todas as necessidades respeito pelos direitos humanos e responsabilidades profissionais, de gestão de recursos, de meios, de segurança e riscos que isso acarreta ou de forma súbita e assertiva proporcionar o melhor ambiente possível para informar a família que a equipa fez todos os possíveis mas o seu familiar morreu. Perante todas as

situações, a sua exigência, o que vivenciei e refleti ao longo de seis meses de prática clínica claramente desenvolvi a competência: **desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.**

No final deste estágio considero que atingi um estado de **perícia** em enfermagem à PSC nomeadamente com base na minha experiência profissional prévia e pela experiência em contexto de UCI, SUP e PH com a VMER rica em vivências significativas que proporcionaram reflexão sobre áreas como cuidar de um doente crítico na UCI, no SUP e no PH, a vivência da pessoa e família da situação crítica, a comunicação de más notícias, a importância dos cuidados de prevenção e controlo de infeção como a lavagem das mãos ou as *guidelines* sobre os cuidados de prevenção da pneumonia associada à ventilação, a gestão do trabalho em equipa no SUP, a intervenção especializada do enfermeiro no PH. Ao longo deste percurso, tal como afirma Benner (2001) considero que tenho uma experiência significativa; tomo decisões de forma holística abordando a multidimensionalidade da pessoa e não apenas o problema médico, físico ou apenas social; compreendo de maneira intuitiva cada situação e apreendo diretamente o problema em causa antecipando claramente necessidades e recursos; consigo detetar precocemente alterações clínicas ténues nos doentes e intervir na sua resolução de forma imediata enquanto aguardo a chegada do médico por exemplo; mobilizo os recursos profissionais e materiais em caso de situação inesperada.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho apresentado revela o percurso de desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem no âmbito do 5º CMEPSC tendo como alicerces os objetivos e finalidades definidas para este mestrado (ESEL, 2010), orientados pelos descritores de Dublin (Direcção-Geral do Ensino Superior, n.d.), as competências comuns do enfermeiro especialista (Diário da República, 2011a) e do enfermeiro especialista em PSC (Diário da República, 2011b). Através da área temática definida – "A promoção do conforto com a PSC submetida a VNI – intervenção especializada do enfermeiro", foi possível desenvolver as competências especializadas no que concerne às competências comuns do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em PSC - Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, da concepção à ação; Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

A revisão da literatura foi fundamental como ponto de partida e base para o trabalho feito em contexto de estágio. A estruturação de objetivos, atividades, estratégias de estágio e indicadores de resultado foram cruciais para a organização do percurso, apesar das dificuldades encontradas, sentidas e ultrapassadas.

Segundo Benner (2001) ao longo do percurso pude desenvolver competências e evoluir passando do estado de competente, proficiente e atingido o grau de perícia que se caracteriza por identificar que sou capaz de ter perceção das situações na globalidade e não apenas como atos isolados, guiar a prática clínica por máximas, oriento o meu raciocínio para os problemas e não apenas para as possibilidades e sinto que faço a diferença em algumas situações. Na prestação de cuidados, perante um doente sou capaz de reconhecer e identificar a sua deterioração por sinais ténues antes da alteração do seu estado de consciência ou dos sinais vitais; demonstrar que reconheço as situações e perspetivo o que pode acontecer em determinada situação, com base em experiências anteriores

semelhantes, melhoro o processo de tomada de decisão. Ainda, reconheço que sou capaz de separar os problemas, de estabelecer prioridades e delegar nos elementos da equipa disponíveis, sei como agir face a uma situação imprevisível e ajustar as estratégias, demonstrando reconhecer confiança nas minhas capacidades.

Apesar de ter atingido o estado de perícia em algumas competências, facilitado pela minha experiência anterior, reconheço que para atingir o estado de perícia pleno para a totalidade das competências é necessário um trabalho contínuo de vários anos com base na análise reflexiva da prática diária.

O uso da teoria de Kolcaba foi facilitador do processo e foi realmente estruturante. Ainda assim, dado o contexto de PSC e risco de vida, foi difícil abordar o estado de transcendência e o estado psicoespiritual de uma forma mais completa. O trabalho produzido por Benner mostrou-se uma ferramenta importante do ponto de vista da progressão e fundamentação das competências mas também com muitos contributos sobre o conforto e a relação com o doente e família.

Considero as sessões de formação como pontos altos deste percurso. As sessões de formação construídas e realizadas na UCI Polivalente e no SUP promoveram a partilha de conhecimentos, estimularam à reflexão sobre as práticas das equipas sobre os cuidados de conforto *com* a PSC submetida a VNI e foi uma forma de expor e argumentar com clareza os resultados do meu raciocínio neste percurso bem como mobilizar os dados da investigação. Adicionalmente, também os contributos da Teoria do Conforto foram um aspeto muito positivo para os pares porque perceberam a complementaridade entre a teoria e a prática através de um exemplo concreto. Assim, foi possível influenciar os enfermeiros dos serviços e incentivar à promoção de boas práticas e à melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

A VNI tem como vantagens o conforto mas simultaneamente pode provocar desconforto a vários níveis. Parece uma ideia controversa mas, efetivamente, é na prevenção dos potenciais sinais de desconforto que a intervenção especializada do enfermeiro faz a diferença. Na antecipação de problemas com a comunicação, na escolha e ajuste da máscara de forma apropriada sem evitar as lesões na pele,

antecipar a desidratação das mucosas e oferecer água ao doente, programar os períodos de pausa da VNI para o horário de visita dos familiares, promover o posicionamento mais adequado com as almofadas a apoiar os membros conforme pedido do doente, na agilidade de remoção da máscara para uma higienização oral célere em casos de IR grave (em que a VNI pode ser o teto terapêutico), vigiar sinais como baixos volumes inspiratórios, maior sonolência ou menor solicitação de pedidos de água por exemplo.

Considero que globalmente os objetivos propostos pela ESEL para este CMEPSC foram atingidos com sucesso ao longo do período de estágio, das partilhas com os pares, discussão com peritos, prestação direta de cuidados, análise crítica de vivências significativas. Destaco que tive as oportunidades em que fui além do planeado como foram exemplo as duas sessões de formação planeadas e realizadas e o estágio PH na VMER num total de dez turnos.

Este trabalho apresenta algumas limitações como as indicações da escola que tive de respeitar, desde a escolha do tema, à seleção dos locais de estágio, por exemplo. Do ponto de vista pessoal, o cansaço e a gestão do tempo e do trabalho foram limitações com impacto significativo na elaboração deste relatório. Ainda, o facto deste relatório mostrar a minha experiência condicionou todo o percurso porque foi orientado pela minha visão, apesar dos referenciais teóricos usados e da orientação do professor. Do ponto de vista teórico, apesar da escolha intencional do tema e dos modelos teóricos, pode ser uma limitação referir-se aos cuidados de conforto apenas à PSC adulta com VNI desde o PH até aos contextos críticos de SU e UCI.

Como implicações para a prática profissional foi evidente o crescente uso de VNI em situações agudas, exigindo formação e treino das equipas, especificamente dos enfermeiros. Foi visível a relação entre a VNI e o conforto da PSC para o sucesso desta técnica sob diversos pontos e necessidades reais e potenciais. A promoção do conforto com a PSC submetida a VNI requer uma intervenção especializada do enfermeiro pelo conhecimento científico aprofundado da técnica e equipamentos, antecipação e resolução de complicações, relação terapêutica e

monitorização constante numa intencionalidade de cuidados individualizados de conforto enquanto processo e produto da arte de cuidar.

Este percurso foi marcado por um grande investimento pessoal, por atitudes de persistência e resiliência e muito trabalho. Percebi diversas dificuldades a diferentes níveis, na revisão da literatura e na seleção da informação mais pertinente, na estruturação e elaboração deste relatório. Como estratégias para resolver as dificuldades consultei bibliografia relevante para ancorar as estratégias de pesquisa, reconheci autores e artigos mais relevantes pela análise destes e partilhei com o orientador as dificuldades sentidas que sempre me esclareceu sobre as melhores estratégias a seguir.

No decorrer deste mestrado reconheço que melhorei o meu autoconhecimento e a assertividade bem como um desenvolvimento significativo de competências especializadas em PSC e a vários níveis atingindo um estado de perícia, como descrito, baseado na motivação e no gosto pela enfermagem concretamente na área da PSC. Pretendo continuar a investir na formação integrando os contributos deste curso, porque esta foi mais uma etapa do caminho que só se faz caminhando.

Como sugestões, penso que devem ser uniformizados os registos de enfermagem (em papel ou informatizados) sobre a VNI para a continuidade de cuidados individualizados, e mais facilmente serem alvo de análise. Sugiro a realização de mais estudos sobre a VNI e os cuidados de enfermagem em Portugal e concretamente no PH, porque a informação encontrada revelou-se contraditória em alguns momentos. Considero que a criação de protocolos nos serviços sobre o uso de VNI seria uma vantagem aliada a um género que *check-list* de cuidados de conforto ao doente submetido a VNI (podendo ser baseada nas áreas de cuidados descritos). Defendo que poderá ser criado ou adaptado da Kolcaba e validado para a realidade portuguesa um questionário para avaliação do conforto do doente crítico e até mesmo para avaliação do conforto da PSC submetida a VNI.

Sobre implicações para a prática, pessoalmente desde as primeiras aulas deste curso que fui integrando na minha prática profissional os conhecimentos e

formas de refletir e de agir transmitidos. De forma especial fui desenvolvendo as competências de enfermeira especialista também no meu local de trabalho ao mesmo tempo em que frequentava o estágio porque trabalho num SUP e para mim enquanto pessoa e profissional era impossível dissociar-se deste percurso que estava a fazer. Do ponto de vista global, para a enfermagem e para os pares considero que este trabalho pode ser um contributo para a reflexão sobre as práticas, um estímulo para a procura de cuidar mais e melhor. Assim espero contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

Que o caminho que se faz no investimento na formação, seja para obtenção de um grau académico, título profissional ou desenvolvimento de competências, se faça no sentido de cuidar do conforto da pessoa e para a excelência dos cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, O., De, L., Munari, B., Queiroz, B. De, Lúcia, A., & Natalina, C. (2005). O trabalho de equipe em enfermagem: revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58, 203–207. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/2670/267019629015.pdf>
- Abreu, W. C. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.
- Agarwal, R., Aggarwal, A., & Gupta, D. (2010). Role of Noninvasive Ventilation in Acute Lung Injury / Acute Respiratory Distress Syndrome: A Proportion Meta-analysis. *Respiratory Care*, 55(12), 1653–1660.
- Alarcão, I. (1996). *Formação reflexiva de professores - Estratégias de Supervisão*. Porto Editora.
- Alminhas, S. M. P. (2007). Cuidar da Pessoa no Serviço de Urgência. *Sinais Vitais*, 75, 57–60.
- Alves, A. I. G. A. (2016). *Intervenções promotoras do sono e do conforto no doente em situação crítica*. Universidade Católica Portuguesa. Retrieved from [http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/21384/1/RELATORIO ANA ALVES-07-2016.pdf](http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/21384/1/RELATORIO%20ANA%20ALVES-07-2016.pdf)
- Alves, M. I. L. (2014). *Ventilação Não Invasiva no Pré-Hospitalar: uma Revisão Sistemática da Literatura*. Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saude de Viseu. Retrieved from [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2870/1/ALVES%2C MonicalsaLopes DM.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2870/1/ALVES%2C%20Monicalsa%20Lopes%20DM.pdf)
- Antonelli, M., Conti, G., Esquinas, A., Montini, L., Maggiore, S. M., Bello, G., ... Meduri, G. U. (2007). A multiple-center survey on the use in clinical practice of noninvasive ventilation as a first-line intervention for acute respiratory distress syndrome. *Critical Care Medicine*, 35(1), 18–25. <http://doi.org/10.1097/01.CCM.0000251821.44259.F3>
- Apóstolo, J. L. A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*, II(9), 61–67. Apóstolo, J. L. A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*, II(9), 61–67.

- Asseiro, C., & Beirão, M. T. (2012). A ventilação não invasiva em serviço de urgência, cuidados de adaptação e manutenção e ganhos em saúde. *Journal of Aging & Innovation*, 1, 3–13.
- Assembleia da República. Lei n.º 111/2009 - Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, 180Diário da República 6528–6550 (2009). Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_111-09_16__Setembro_EstatutoOE.pdf
- Baird, A. (2010). Acute pulmonary oedema: Management in general practice. *Australian Family Physician*, 39(12), 910–914.
- Barach, Ivan I, Martin, J., & Eckman, M. (1938). Positive pressure respiration and its application to the treatment of acute pulmonary edema (positive pressure respiration and its application to the treatment of acute pulmonary edema). *American College of Physicians*, 12(6), 754–795. Retrieved from <http://annals.org/aim/article/671669/positive-pressure-respiration-its-application-treatment-acute-pulmonary-edema>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito - excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P. (2004). Relational Ethics of Comfort, Touch, and Solace - Endangered Arts? *American Journal of Critical Care*, 13(4), 346–350. Retrieved from <http://ajcc.aacnjournals.org/content/13/4/346.full.pdf+html>
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care*. New York: Springer Publishing Company.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (2001). *Nursing As Caring - A Model for Transforming Practice*. London: Jones, and Bartlett Publishers.
- Brill, A. K. (2014). Interface problems in acute noninvasive ventilation. *Breathe*, 10, 230–242. <http://doi.org/10.1183/20734735.003414>
- British Thoracic Society Standards of Care Committee. (2002). Non-invasive ventilation in acute respiratory failure. *BTS GUIDELINE*, 57(3), 192–211. <http://doi.org/10.1136/thorax.57.3.192>
- Bruge, P., Jabre, P., Dru, M., Jbeili, C., Eric Lecarpentier, Khalid, M., ... Combes, X. (2008). An observational study of noninvasive positive pressure ventilation in an

out-of-hospital setting. *The American Journal of Emergency Medicine*, 26(2), 165–169. <http://doi.org/10.1016/j.ajem.2007.04.022>.

- Campos, L. (2012). *Protocolos em Medicina Interna*. Lisboa: Lidel.
- Carron, M., Freo, U., Bahammam, A. S., Dellweg, D., Guarracino, F., Cosentini, R., & Feltracco, P. (2013). Complications of non-invasive ventilation techniques : a comprehensive qualitative review of randomized trials. *British Journal of Anaesthesia*, (iii), 1–19. <http://doi.org/10.1093/bja/aet070>
- Castro, C., Vilelas, J., & Botelho, M. A. R. (2011). A Experiência Viva da Pessoa Doente Internada Numa UCI: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*, 15, 41–59. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authType=crawler&jrnl=08738904&AN=86216161&h=vq/fGxn7ZYVCMS2RdA/8GaGMlgwqKMtIG8oKQwUSs4KnK8SHCsBlmOhCtcNfz0Qwrk6ur3S3Z3LO0GqxuhfiQ==&crl=c>
- Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência. (2012). Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência. *Relatório Da Comissão de Reavaliação Da Rede Nacional de Emergência/Urgência*, 110. Retrieved from <http://www.portaldasaude.pt/NR/ronlyres/0323CC90-45A4-40E4-AA7A-7ACBC8BF6C75/0/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgencia.pdf>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2010). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Constantin, J., Schneider, E., Guerin, R., Bannier, F., & Futier, E. (2007). Remifentanil-based sedation to treat noninvasive ventilation failure : a preliminary study . *Intensive Care Medicine*, 33(1), 5–6. <http://doi.org/10.1007/s00134-006-0447-4>
- Corrêa, T. D., Sanches, P. R., Morais, L. C. De, Scarin, F. C., Silva, E., Sílvia, C., & Barbas, V. (2015). Performance of noninvasive ventilation in acute respiratory failure in critically ill patients: a prospective, observational, cohort study. *BMC Pulmonary Medicine*, 15(144), 1–8. <http://doi.org/10.1186/s12890-015-0139-3>
- De Silva, S.-J. (2009). Delivering non-invasive respiratory support to patients in hospital. *Intensive Care Medicine*, 35(2), 306–313. <http://doi.org/10.1007/s00134-008-1276-4>

- Demoule, A., Chevret, S., Carlucci, A., Kouatchet, A., Jaber, S., Meziani, F., ... Azoulay, E. (2016). Changing use of noninvasive ventilation in critically ill patients: trends over 15 years in francophone countries. *Intensive Care Medicine*, 42(1), 82–92. <http://doi.org/10.1007/s00134-015-4087-4>
- Diário da República. Despacho Normativo nº 46/2005 de 19 de Outubro (2005). Retrieved from <https://dre.tretas.org/dre/190674/despacho-normativo-46-2005-de-19-de-outubro>
- Diário da República. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2011a). Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf
- Diário da República. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2011b). Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf
- Dickstein, K., Cohen-Solal, A., Filippatos, G., McMurray, J. J. V., Ponikowski, P., Poole-Wilson, P. A., ... Zannad, F. (2008). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. *European Heart Journal*, 29(19), 2388–2442. <http://doi.org/10.1093/eurheartj/ehn309>
- Direcção-Geral da Saúde. (2005). Circular Normativa - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da DPOC. *Circular Normativa*, 1–24.
- Direcção-Geral da Saúde. (2010). Circular Normativa n13 Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde, 1, 37. Retrieved from <http://www.dgs.pt>
- Direcção-Geral da Saúde. (2012). Programa Nacional para as Doenças Respiratórias - Orientações Programáticas, 1–10. Retrieved from www.dgs.pt
- Direcção-Geral da Saúde. (2013). Norma Diagnóstico e Tratamento da DPOC.
- Direcção-Geral da Saúde. (2013). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistências aos Antimicrobianos - Orientações Programáticas, 5. Retrieved from <http://www.dgs.pt/em-destaque/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos.aspx>

- Direção-Geral da Saúde. (2015a). *“Feixe de intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/...e.../norma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2015b). Prevenção e Controlo de Colonização e Infecção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados. *Norma*, 1–24.
- Direcção-Geral do Ensino Superior. (n.d.). Descritores de Dublin. Retrieved April 10, 2015, from <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin/>
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). Objectivos e competências do CMEPSC, 1. Retrieved from <http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf>
- Ferreira, J. M. F. T., & Durão, M. C. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 135–142. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16026>
- Ferreira, S., Nogueira, C., Conde, S., Taveira, N., & Parente, B. (2009). Ventilação não invasiva. *Revista Portuguesa de Pneumologia (English Edition)*, 15, 655–667. [http://doi.org/10.1016/S2173-5115\(09\)70139-3](http://doi.org/10.1016/S2173-5115(09)70139-3)
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- George, J. B. (2000). *Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. (4ª edição). Porto Alegre: Artmed.
- Gonçalves, L. M. da C. (2012). *A Pessoa em Situação Crítica e o Cuidado de Enfermagem Transcultural*. Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde.
- Grupo Português de Triage. (2009). Triage no serviço de urgência: manual do formando, 229.
- Hawley, M. P. (2000). Nurse Comforting Strategies. *Clinical Nursing Research*, 9(4), 441–459.
- Hess, D. R. (2012). The Growing Role of Noninvasive Ventilation in Patients Requiring Prolonged Mechanical Ventilation. *Respiratory Care*, 57(6), 900–918.

<http://doi.org/10.4187/respcare.01692>

- Hess, D. R. (2013). Noninvasive Ventilation for Acute Respiratory Failure. *Respiratory Care*, 58(8), 950–969. <http://doi.org/10.1001/jama.288.8.932>
- Hill, N. S. (2009). Where should noninvasive ventilation be delivered? *Respiratory Care*, 54(1), 62–70. <http://doi.org/10.4187/002013209793800439>
- Hill, T. L. (2013). Caring and technology. *Online Journal of Nursing Informatics (OJNI)*, 17(2005). Retrieved from <http://ojni.org/issues/?p=2856>
- Hitch, D. (2014). A case study of knowledge brokerage in occupational therapy. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 21(8), 389–396. <http://doi.org/10.12968/ijtr.2014.21.8.389>
- Honoré, B. (2004). *Cuidar: persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência.
- Howard, P. & Steinmann, R. (2011). *Sheehy Enfermagem de Urgência - da Teoria à Prática* (6^a ed). Loures: Lusociência.
- Hussein, K. (2016). Non invasive spontaneous dual ventilation in critically ill patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis*, 65(1), 99–104. <http://doi.org/10.1016/j.ejcdt.2015.08.016>
- INEM. (2009). VMER. Retrieved from http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=27966
- INEM. (2010). *Manual de VMER* (3^a edição). Lisboa.
- Joanna Briggs Institute. (2014). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition*. Australia: The Joanna Briggs Institute. Retrieved from www.joannabriggs.org
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and practice - A vision for holistic health care and research*. New York: Springer P
- Kolcaba, K. (2010). The Comfort Line. Retrieved from <http://www.thecomfortline.com/index.html>
- Kolcaba, K. Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1178–1184.
- Kolcaba, K. Y. (1995). Comfort as process and product, merged in holistic nursing art. *Journal of Holistic Nursing*, 13(2), 117–131.
- Kolcaba, K. Y., & Kolcaba, R. J. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 16(11), 1301–1310. Retrieved from

<http://thecomfortline.com/files/pdfs/1991 - Analysis Concept of Comfort.pdf>

- Lima, L., Pacheco, J., Esteves, M., & Canário, R. (2006). A educação em Portugal (1986-2006). Alguns contributos de investigação. *Sociedade Portuguesa de Ciências Da Educação*. [On-Line], [Http://www. Debatereducação. Pt](Http://www.Debatereducação.Pt), 8, 10–20. Retrieved from <https://moodle.fct.unl.pt/pluginfile.php/199176/mod.../0/.../Canário, 2006.pdf?...1>
- Lopes, M., & Lourenço, O. (1998). Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: alguns dados e implicações. *Análise Psicológica*, 4, 655–665. Retrieved from http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-82311998000400010&script=sci_arttext
- Magano, C., Reis, M. J., Guedes, P., Brito, R., & Mourisco, S. (2007). Ventilação Não Invasiva. *Sinais Vitais*, 72, 13–19.
- Martins, H., Pedro, N., Castellano, M., Monteiro, P., Moura, J. J., & Providência, L. A. (2011). Síndrome cardio-renal: Os desafios no tratamento da insuficiência cardíaca. *Acta Medica Portuguesa*, 24(2), 285–292. <http://doi.org/22011601>
- Mas, A., & Masip, J. (2014). Noninvasive ventilation in acute respiratory failure. *Internacional Journal of COPD*, 837–852.
- Mehta, S., & Hill, N. S. (2001). State of the Art Noninvasive Ventilation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 163(2), 540–577.
- Mendes, A. (2015). *A Informação à Família na Unidade de Cuidados Intensivos - Desalojar o desassossego que vive em si*. Loures: Lusodidacta.
- Mendes, C. L., Vasconcelos, L. C. S., Tavares, J. S., Fontan, S. B., Ferreira, D. C., Diniz, L. A. C., ... Silva, S. L. D. Da. (2008). Escalas de Ramsay e Richmond são equivalentes para a avaliação do nível de sedação em pacientes gravemente enfermos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 20(4), 344–348. <http://doi.org/10.1590/S0103-507X2008000400005>
- Ministério da Saúde. (2013). Avaliação da situação nacional das UCI.
- Ministério da Saúde. (2014). Despacho nº 10319/2014 de 11 de Agosto do Ministério da Saúde. *Diario Da Republica; 2ª Série*. Diário da República. Retrieved from www.dre.pt
- Mourisco, S. (2006, October). Complicações da Ventilação Mecânica Não Invasiva. *Nursing*, 49-50-6196.

- NANDA International. (2013). Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014, 117(2). <http://doi.org/10.1016/j.anai.2016.06.012>
- Nava, S. (2013). Behind a Mask : Tricks , Pitfalls , and Prejudices for Noninvasive Ventilation, 58(8), 1367–1376. <http://doi.org/10.4187/respcare.02457>
- Ninghtingale, F. (2005). *Notas sobre Enfermagem: o que é e o que não é*. Loures: Lusociência.
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. (Ordem dos). Lisboa.
- Oliveira, C. (2011). *O cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada: Individualizar a intervenção conciliando tensões*. Universidade de Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). Enfermagem no Pré-Hospitalar Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré-hospitalar. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor. Guia Orientador de Boa Prática* (Ordem dos). Lisboa. Retrieved from <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, 1–4. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Divulgar - Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais (p. 24). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar - regulamento do perfil_VF.pdf
- Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). Transporte de Doentes Críticos, 45. Retrieved from http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2008). World Health Statistics 2008. *World Health Organisation*, 112. Retrieved from http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS08_TOCintro.pdf

- Parcells, D. A., & Locsin, R. C. (2011). Development and Psychometric Testing of the Technological Competency as Caring in Nursing Instrument. *International Journal for Human Caring*, 15(5), 8.
- Pereira, A. T. G., Fortes, I. F. L., & Mendes, J. M. G. (2013). Comunicação De Más Notícias: Artigo Revisão Sistemática Da Literatura. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 7(1), 227–235. <http://doi.org/10.5205/reuol.3049-24704-1-LE.0701201331>
- Pinto, S. (2013). Ventilação Não Invasiva – Uma prática fundamentada em evidência científica. *Nursing MAgazine Digital*, 288, 1–14. Retrieved from <http://www.nursing.pt/ventilacao-nao-invasiva-uma-pratica-fundamentada-em-evidencia-cientifica/>
- Plácido, G. (2014). *A Comunicação com a Pessoa em Situação Crítica e Família*. Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde.
- Pontes, A. C., & Leitão, Ilse Maria Tigre Arruda Ramos, I. C. (2008). Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(3), 312–318. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/2670/267019606006.pdf>
- Popat, B., & Jones, A. T. (2012). Invasive and non-invasive mechanical ventilation. *Medicine*, 40(6), 298–304. <http://doi.org/10.1016/j.mpmed.2012.03.010>
- Rahal, L., Garrido, A. G., & Cruz, J. R. J. (2005). Ventilação não invasiva: quando utilizar? *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 55(5), 241–245. <http://doi.org/10.1590/S0104-42302009000500032>
- Raheison, C., & Girodet, P. (2009). Epidemiology of COPD. *European Respiratory Review*, 18, 213–221. <http://doi.org/10.1183/09059180.00003609>
- Ribeiro, P. C. P. S. V. (2012). *A natureza do processo de conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar: Construção de uma teoria explicativa - Projeto Integrado de Vivência e cuidado Co-criado*. Universidade Católica Portuguesa.
- Rose, L., & Gerdtz, M. F. (2009). Review of non-invasive ventilation in the emergency department: Clinical considerations and management priorities. *Journal of Clinical Nursing*, 18(23), 3216–3224. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02766.x>
- Royal College of Physicians, BTS, & Intensive Care Society. (2008). The Use of

Non-Invasive Ventilation in the management of patients with chronic obstructive pulmonary disease admitted to hospital with acute type II respiratory failure (With particular reference to Bilevel positive pressure ventilation). *Hospitals*, (October), 1–45. Retrieved from <http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/brochure.aspx?e=258%0A5>

- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Porto: Lidel.
- Smith, P. (2011). *The Emotional Labour of Nursing Revisited – Can nurses still care?* (2nd ed.). Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Soares, A. (2014). *Intervenções de Enfermagem ao Cliente Submetido a Ventilação Não-Invasiva no Serviço de Urgência*. Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde. Retrieved from [http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6867/1/Anabela Soares.pdf](http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6867/1/Anabela%20Soares.pdf)
- Sørensen, D., Frederiksen, K., Grøfte, T., & Lomborg, K. (2013). Practical wisdom : A qualitative study of the care and management of non-invasive ventilation patients by experienced intensive care nurses. *Intensive & Critical Care Nursing*, 29(3), 174–181. <http://doi.org/10.1016/j.iccn.2012.10.001>
- Tranquada, M. F. (2013). *A Comunicação Durante a Transição Das Equipas de Enfermagem*. ISCTE BUsiness School Instituto Universitário de Lisboa. Retrieved from [https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/6985/1/TESE - COMUNICAÇÃO NAS PASSAGENS DE TURNO.pdf](https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/6985/1/TESE%20-%20COMUNICA%C3%87%C3%83O%20NAS%20PASSAGENS%20DE%20TURNOS.pdf)
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2006). *Thelan's Enfermagem de Cuidados Intensivos - Diagnóstico e Intervenção* (5ª). Loures: Lusodidacta.

APÊNDICES

APÊNDICE I - OS OBJETIVOS E ATIVIDADES DO ESTÁGIO NA UCI

Os objetivos, atividades e indicadores de resultados do estágio na UCI

Local de estágio: UCI com predomínio de doenças respiratórias.

Objetivo geral: Desenvolver competências especializadas centradas na promoção do conforto com a PSC submetida a VNI.

Objetivos específicos	Atividades	Indicadores de resultados
- Integrar a equipa interdisciplinar.	- Conhecimento do serviço e das suas dinâmicas ao longo das 24 horas; - Integração a equipa de enfermagem.	- Demonstra integração na equipa multidisciplinar e na prestação de cuidados à PSC e uma metodologia de trabalho eficiente na prestação de cuidados à PSC.
- Desenvolver competências especializadas no cuidado da PSC em UCI; - Promover um padrão eficaz na pessoa com necessidade de VNI na UCI; - Compreender a experiência da pessoa com VNI em contexto de situação crítica e da sua família.	- Gestão do processo de enfermagem da pessoa com submetida a VNI; - Cuidados à PSC com compromisso de funções vitais; - Uso eficaz de meios de monitorização invasivo e não invasivo, de equipamentos de suporte a funções vitais; - Gestão de plano terapêutico do utente mantendo a segurança; - Atuação segundo as normas de controlo e prevenção de infeção; - Prestação de Cuidados personalizados ao utente; - Integração da família nos cuidados; - Prática crítica e reflexiva.	- Monitoriza e promove suporte às funções vitais; - Atua segundo prioridades; - Deteta focos de instabilidade; - Usa escalas disponíveis como instrumento de atuação; - Ajusta a tecnologia e os recursos, às necessidades da pessoa; - Demonstra segurança na gestão do plano terapêutico; - Colabora na gestão de protocolos de atuação complexos – ex. protocolos de sedação e gestão da dor; controlo de glicémia, entre outros. - Integra a toma de decisão de forma ativa e proactivamente no seio da equipa multidisciplinar; - Demonstra práticas segundo as normas de controlo e prevenção de infeção: lavagem higiénica das mãos ou desinfeção, uso de EPI; - Demonstra conhecer a história e individualidade do utente;

		<ul style="list-style-type: none"> - Envolve a família nos cuidados sempre que possível, adequando a comunicação; - Questiona e procura respostas para as suas intervenções com base na literatura científica.
<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar a Teoria de Conforto na prestação de cuidados à PSC com VNI. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimentos dos processos de anatomia e fisiologia envolvidos no uso de VNI, indicações, contraindicações, vantagens, desvantagens, equipamento e material; - Estabelecimento de relação terapêutica com o utente e família; - Cuidados de monitorização e intervenção eficaz da PSC com VNI de forma contínua; - Cuidados à PSC com VNI particularmente por exacerbação de DPOC ou EAP; - Promoção de cuidados de conforto atendendo ao contexto físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental; - Discussão com peritos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra conhecimentos sobre os cuidados à PSC com VNI; - Demonstra eficácia na prestação de cuidados à PSC com VNI e prioriza dos cuidados; - Regista os cuidados de enfermagem promotores de conforto com a PSC com VNI; - Revela avaliação do conforto, intervenção e reavaliação; - Avalia, atua, monitoriza e regista as intervenções de enfermagem à PSC com VNI; - Deteta as necessidades da família/pessoa significativa; - Presta cuidados à pessoa, utilizando a família como recurso. - Apoia a família adequando a comunicação; - Desenvolve estratégias de resolução de problemas em parceria com o utente, quando que possível; - Reconhece quando negociar ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde.

**APÊNDICE II - OS OBJETIVOS E ATIVIDADES DO ESTÁGIO NA UCI
POLIVALENTE**

Os objetivos, atividades e indicadores de resultados do estágio na UCI Polivalente

Local de estágio: UCI Polivalente.

Objetivo geral: Desenvolver competências especializadas centradas na promoção do conforto com a PSC submetida a VNI.

Objetivos específicos	Atividades	Indicadores de resultados
- Integrar a equipa interdisciplinar.	- Conhecimento do serviço e das suas dinâmicas ao longo das 24 horas; - Integração a equipa de enfermagem.	- Demonstra integração na equipa multidisciplinar e na prestação de cuidados à PSC e demonstra uma metodologia de trabalho eficiente na prestação de cuidados à PSC.
- Desenvolver competências especializadas no cuidado da PSC em UCI; -Promover um padrão eficaz na pessoa com necessidade de VNI na UCI; -Compreender a experiência da pessoa com VNI em contexto de	- Gestão do processo de enfermagem da pessoa com submetida a VNI; - Cuidados à PSC com compromisso de funções vitais; - Uso eficaz de meios de monitorização invasivo e não invasivo, de equipamentos de suporte a funções vitais; - Gestão de plano terapêutico do utente mantendo a segurança; - Atuação segundo as normas de controlo e prevenção de infeção; - Prestação de Cuidados personalizados ao utente; - Integração da família nos cuidados; - Prática crítica e reflexiva.	- Monitoriza e promove suporte às funções vitais; - Atua segundo prioridades; - Deteta focos de instabilidade; - Usa escalas disponíveis como instrumento de atuação; - Ajusta a tecnologia e os recursos, às necessidades da pessoa; - Demonstra segurança na gestão do plano terapêutico; - Colabora na gestão de protocolos de atuação complexos – ex. protocolos de sedação e gestão da dor; controlo de glicémia, entre outros. - Integra a toma de decisão de forma ativa e proactivamente no seio da equipa multidisciplinar; - Demonstra práticas segundo as normas de controlo e prevenção de infeção: lavagem higiénica das mãos

<p>situação crítica e da sua família.</p>		<p>ou desinfecção, uso de EPI;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demonstra conhecer a história e individualidade do utente; - Envolve a família nos cuidados sempre que possível, adequando a comunicação; - Questiona e procura respostas para as suas intervenções com base na literatura científica.
<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar a Teoria de Conforto na prestação de cuidados à PSC com VNI. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimentos dos processos de anatomia e fisiologia envolvidos no uso de VNI, indicações, contraindicações, vantagens, desvantagens, equipamento e material; - Estabelecimento de relação terapêutica com o utente e família; - Cuidados de monitorização e intervenção eficaz da PSC com VNI de forma contínua; - Cuidados à PSC com VNI particularmente por exacerbação de DPOC ou EAP; - Promoção de cuidados de conforto atendendo ao contexto físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental; - Discussão com peritos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra conhecimentos sobre os cuidados à PSC com VNI; - Demonstra eficácia na prestação de cuidados à PSC com VNI e prioriza dos cuidados; - Regista os cuidados de enfermagem promotores de conforto com a PSC com VNI; - Revela avaliação do conforto, intervenção e reavaliação; - Avalia, atua, monitoriza e regista as intervenções de enfermagem à PSC com VNI; - Deteta necessidades da família/pessoa significativa; - Presta cuidados à pessoa, utilizando a família como recurso. - Apoia a família adequando a comunicação; - Desenvolve estratégias de resolução de problemas em parceria com o utente, quando que possível; - Reconhece quando negociar ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde;

APÊNDICE III - OS OBJETIVOS E ATIVIDADES DO ESTÁGIO NO SUP

Os objetivos, atividades e indicadores de resultados do estágio no SUP

Local de estágio: Serviço de Urgência Polivalente.

Objetivo Geral: Desenvolver competências especializadas centradas na promoção do conforto com a PSC submetida a VNI.

Objetivos específicos	Atividades	Indicadores de resultados
- Integrar a equipa interdisciplinar.	- Conhecimento do serviço e das suas dinâmicas ao longo das 24 horas; - Integração a equipa de enfermagem.	- Demonstra integração na equipa multidisciplinar e na prestação de cuidados à PSC e demonstra uma metodologia de trabalho eficiente na prestação de cuidados à PSC.
- Desenvolver competências especializadas no cuidado da PSC em UCI; -Promover um padrão eficaz na pessoa com necessidade de VNI no SU;	- Gestão do processo de enfermagem da pessoa com submetida a VNI; - Cuidados à PSC com compromisso de funções vitais; - Uso eficaz de meios de monitorização invasivo e não invasivo, de equipamentos de suporte a funções vitais; - Gestão de plano terapêutico do utente mantendo a segurança; - Atuação segundo as normas de controlo e prevenção de infeção; - Prestação de Cuidados personalizados ao utente; - Integração da família nos cuidados; - Prática crítica e reflexiva.	- Monitoriza e promove suporte às funções vitais; - Atua segundo prioridades e metodologia ABCDE; - Deteta focos de instabilidade; - Usa escalas disponíveis como instrumento de atuação; - Ajusta a tecnologia e os recursos, às necessidades da pessoa; - Demonstra segurança na gestão do plano terapêutico; - Colabora na gestão de protocolos de atuação complexos – ex. protocolos de sedação e gestão da dor; controlo de glicémia, entre outros. - Integra a toma de decisão de forma ativa e proactivamente no seio da equipa multidisciplinar; - Demonstra práticas segundo as normas de controlo e prevenção de infeção: lavagem higiénica das mãos ou desinfeção, uso de EPI;

		<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra conhecer a história e individualidade do utente; - Envolve a família nos cuidados sempre que possível, adequando a comunicação; - Questiona e procura respostas para as suas intervenções com base na literatura científica.
-Aplicar a Teoria de Conforto na prestação de cuidados à PSC com VNI.	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimentos dos processos de anatomia e fisiologia envolvidos no uso de VNI, indicações, contraindicações, vantagens, desvantagens, equipamento e material; - Estabelecimento de relação terapêutica com o utente e família; - Cuidados de monitorização e intervenção eficaz da PSC com VNI de forma contínua; - Cuidados à PSC com VNI particularmente por exacerbação de DPOC ou EAP; - Promoção de cuidados de conforto atendendo ao contexto físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental; - Discussão com peritos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra conhecimentos sobre os cuidados à PSC com VNI; - Demonstra eficácia na prestação de cuidados à PSC com VNI e prioriza dos cuidados; - Regista os cuidados de enfermagem promotores de conforto com a PSC com VNI; - Revela avaliação do conforto, intervenção e reavaliação; - Avalia, atua, monitoriza e regista as intervenções de enfermagem à PSC com VNI; - Deteta necessidades da família/pessoa significativa; - Presta cuidados à pessoa, utilizando a família como recurso. - Apoia a família adequando a comunicação; - Desenvolve estratégias de resolução de problemas em parceria com o utente, quando que possível; - Reconhece quando negociar ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde.

APÊNDICE IV - OS OBJETIVOS E ATIVIDADES DO ESTÁGIO NO PH NA VMER

Os objetivos, atividades e indicadores de resultados do estágio PH na VMER

Local de estágio: Pré-hospitalar na VMER

Objetivo Geral: Desenvolver competências centradas na promoção do conforto com a PSC submetida a VNI

Objetivos específicos	Atividades	Indicadores de resultados
<ul style="list-style-type: none">-Desenvolver competências especializadas no cuidado da PSC no PH;-Intervir nos cuidados especializados à PSC com VNI no PH;	<ul style="list-style-type: none">- Integração a equipa de enfermagem;- Garantia do material e equipamento operacionais no carro;- Prestação de cuidados garantindo a segurança e articulação com os outros elementos que intervêm no PH;- Prestação de cuidados especializados com a PSC vítima de doença súbita ou traumatismo;- Aplicação de cuidados SAV e ATCN- Gestão do processo de enfermagem da pessoa com submetida a VNI;- Cuidados à PSC com compromisso de funções vitais;- Uso eficaz de meios de monitorização invasivo e não invasivo, de equipamentos de suporte a funções vitais;- Gestão de plano terapêutico do utente mantendo a segurança;- Atuação segundo as normas de controlo e prevenção de infeção;	<ul style="list-style-type: none">- Demonstra integração na equipa e na prestação de cuidados à PSC;- Demonstra uma metodologia de trabalho eficiente na prestação de cuidados à PSC;- Monitoriza e promove suporte às funções vitais;- Atua segundo prioridades e metodologia ABCDE;- Deteta focos de instabilidade;-Usa escalas disponíveis como instrumento de atuação;- Ajusta a tecnologia e os recursos, às necessidades da pessoa;- Demonstra segurança na gestão da terapêutica;- Colabora na gestão de protocolos de atuação complexos – ex. protocolos de sedação e gestão da dor; controlo de glicémia, entre outros.- Integra a toma de decisão de forma ativa e proactivamente no seio da equipa multidisciplinar;- Demonstra práticas segundo as normas de controlo e prevenção de infeção;- Demonstra conhecer a história e

	<ul style="list-style-type: none"> - Prestação de Cuidados personalizados ao utente; - Integração da família nos cuidados; - Prática crítica e reflexiva. 	<p>individualidade do utente;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Envolve a família nos cuidados sempre que possível, adequando a comunicação; - Questiona e procura respostas para as suas intervenções com base na literatura científica.
- Promover cuidados de conforto com a PSC com VNI no PH.	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimentos dos processos de anatomia e fisiologia envolvidos no uso de VNI, indicações, contraindicações, vantagens, desvantagens, equipamento e material; - Uso do boussignac como dispositivo de VNI no PH; - Estabelecimento de relação terapêutica com o utente e família; - Cuidados de monitorização e intervenção eficaz da PSC com VNI de forma contínua; - Cuidados à PSC com VNI particularmente por exacerbação de DPOC ou EAP; - Promoção de cuidados de conforto atendendo ao contexto físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental; - Discussão com peritos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra conhecimentos sobre os cuidados à PSC com VNI; - Demonstra eficácia na prestação de cuidados à PSC com VNI e prioriza dos cuidados; - Regista os cuidados de enfermagem promotores de conforto com a PSC com VNI; - Revela avaliação do conforto, intervenção e reavaliação; - Avalia, atua, monitoriza e regista as intervenções de enfermagem à PSC com VNI; - Deteta necessidades da família/pessoa significativa; - Presta cuidados à pessoa, utilizando a família como recurso; - Apoia a família adequando a comunicação; - Desenvolve estratégias de resolução de problemas em parceria com o utente, quando que possível; - Reconhece quando negociar ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde.
-Compreender a intervenção do enfermeiro	- Conhecimento do modo e ativação do plano de catástrofe e procedimentos a seguir;	- Descreve a forma de ativação e procedimentos a seguir em caso de ativação do plano de catástrofe e

no planeamento de resposta para situações de catástrofe ou emergência multivítimas.	- Conhecimento do material e equipamentos que a VMER dispõe para responder numa situação de catástrofe.	material e equipamentos disponíveis.
--	---	--------------------------------------

**APÊNDICE V - O PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO PARA A UCI
POLIVALENTE**

PLANO DE SESSÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO

O CONFORTO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM VNI

1. IDENTIFICAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO

Tema: O conforto da PSC com VNI.

Data e hora: 14 de Janeiro de 2016, às 16h30.

Duração da sessão: 30 minutos.

Local: Sala de Reuniões da UCI Polivalente.

Destinatários: Enfermeiros do Hospital.

Formador: Joana Tomás.

2. OBJECTIVOS GERAIS

O final da sessão os formandos deverão ser capazes de:

- Sistematizar intervenções de enfermagem promotoras de conforto à PSC com VNI;
- Sensibilizar para a reflexão sobre a prática de cuidados nesta área e estratégias de melhoria a desenvolver.

3. PRÉ REQUISITOS

- Ser enfermeiro;
- Prestar cuidados em UCI ou SU;
- Conhecer os cuidados básicos / padrão ao doente com VNI.

4. RECURSOS DIDÁTICOS / MATERIAL NECESSÁRIO

- Ventilador de VNI do serviço montado com sistema de traqueia;
- Interfaces para VNI;
- Sistema de humidificação
- Placa hidrocolóide;
- Computador;
- Projetor de Vídeo;
- Apresentação em formato *PowerPoint (ppt)*.

5. CONTEUDOS PROGRAMÁTICOS

- Introdução e Objetivos da Apresentação;
- Pertinência do Tema;
- Cuidados de Conforto à PSC com VNI;
- Discussão e Partilha;
- Síntese.

6. METODOLOGIA

- Expositivo articulando o método interrogativo;
- Ativo: técnica brainstorming, partilha de experiências.

7. AVALIAÇÃO

- Avaliação diagnóstica: formulação de questões orais sobre o conhecimento de cuidados de conforto à PSC com VNI;
- Avaliação formativa: Formulação de questões orais sobre a os cuidados de conforto à PSC com VNI e sobre a importância dos registos de enfermagem, de forma a obter feedback acerca do processo de aprendizagem.

Conteúdos	Metodologia	Recursos	Avaliação	Tempo
Apresentação do tema	Método expositivo: - Expor contexto do trabalho e tema;	-Apresentação ppt;	-	2 min
(Introdução) Pertinência do tema	Método expositivo: - Enunciar a pertinência do tema, o uso do ppt;	-Apresentação ppt;	Questões aos participantes.	3 min
(Desenvolvimento) As intervenções de conforto	Método expositivo, interrogativo e ativo: - Apresentação das áreas de cuidados de conforto; - Descrição dos cuidados de conforto em específico: relação terapêutica, monitorização, hidratação, presença de secreções, pele, posicionamento, dor, nutrição, períodos de pausa - visualização de ventilador, sistema de humidificação, placa hidrocolóide.	-Apresentação ppt; - Ventilador de VNI do serviço montado com sistema de traqueia; - Interfaces VNI; - Sistema de humidificação; -Placa hidrocolóide.	Questões aos participantes.	15 min
(Conclusão) Síntese Partilha de experiências	Método expositivo, interrogativo e ativo: - Síntese final com uso a questões; - Incentivo à participação dos formandos através da colocação de questões; - Visualização de tabela síntese.	-Apresentação ppt; - Ventilador de VNI do serviço montado com sistema de traqueia; - Interfaces VNI; - Sistema de humidificação -Placa hidrocolóide.	Questões aos participantes.	10 min

APÊNDICE VI - O PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO PARA O SUP

PLANO DE SESSÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO

O CONFORTO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM VNI

1. IDENTIFICAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO

Tema: O conforto da PSC com VNI.

Data e hora: 11 de Fevereiro de 2016, às 15h30.

Duração da sessão: 30 minutos.

Local: Sala de Reuniões do SUP.

Destinatários: Enfermeiros do SUP.

Formador: Joana Tomás.

2. OBJECTIVOS GERAIS

O final da sessão os formandos deverão ser capazes de:

- Sistematizar intervenções de enfermagem promotoras de conforto à PSC com VNI;
- Sensibilizar para a reflexão sobre a prática de cuidados nesta área e estratégias de melhoria a desenvolver.

3. PRE REQUISITOS:

- Ser enfermeiro;
- Prestar cuidados no SU;
- Conhecer os cuidados básicos / padrão ao doente com VNI.

4. RECURSOS DIDÁTICOS / MATERIAL NECESSÁRIO:

- Ventilador de VNI do serviço montado com sistema de traqueia;
- Interfaces para VNI;
- Sistema de humificação
- Placa hidrocolóide;
- Computador;
- Projetor de Vídeo;
- Apresentação em formato *PowerPoint (ppt)*.

5. CONTEUDOS PROGRAMÁTICOS

- Introdução e Objetivos da Apresentação;
- Pertinência do Tema;
- Cuidados de Conforto à PSC com VNI;
- Discussão e Partilha;
- Síntese.

6. METODOLOGIA

- Expositivo articulando o método interrogativo;
- Ativo: técnica brainstorming, partilha de experiências.

7. AVALIAÇÃO

- Avaliação diagnóstica: formulação de questões orais sobre o conhecimento de cuidados de conforto à PSC com VNI;
- Avaliação formativa: formulação de questões orais sobre a os cuidados de conforto à PSC com VNI e sobre a importância dos registos de enfermagem, de forma a obter feedback acerca do processo de aprendizagem.

Conteúdos	Metodologia	Recursos	Avaliação	Tempo
Apresentação do tema	Método expositivo: - Expor contexto do trabalho e tema;	-Apresentação ppt;	-	2 min
(Introdução) Pertinência do tema	Método expositivo: - Enunciar a pertinência do tema, o uso do ppt;	-Apresentação ppt;	Questões aos participantes.	3 min
(Desenvolvimento) As intervenções de conforto	Método expositivo, interrogativo e ativo: - Apresentação das áreas de cuidados de conforto; - Descrição dos cuidados de conforto em específico: relação terapêutica, monitorização, hidratação, presença de secreções, pele, posicionamento, dor, nutrição, períodos de pausa - visualização de ventilador, sistema de humidificação, placa hidrocolóide.	- Apresentação ppt; - Ventilador de VNI do serviço montado com sistema de traqueia; - Interfaces VNI; - Sistema de humidificação; -Placa hidrocolóide.	Questões aos participantes.	15 min
(Conclusão) Síntese Partilha de experiências	Método expositivo, interrogativo e ativo: - Síntese final com uso a questões - Incentivo à participação dos formandos através da colocação de questões; - Visualização de tabela síntese.	-Apresentação ppt; - Ventilador de VNI do serviço montado com sistema de traqueia; - Interfaces VNI; - Sistema de humidificação; -Placa hidrocolóide.	Questões aos participantes.	10 min